

# ANNALES

DES MALADIES

## DE L'OREILLE ET DU LARYNX

(OTOSCOPIE, LARYNGOSCOPIE, RHINOSCOPIE)

---

### DE LA TUBERCULOSE MILIAIRE AIGUE PHARYNGO-LARYNGÉE

(granulie pharyngo-laryngée, phthisie aiguë pharyngo-laryngée)

par le docteur **Isambert**.

A la fin de l'année 1871, lorsque, chargé du remplacement officiel de M. le professeur Bouillaud à l'hôpital de la Charité, il me fut donné d'introduire pour la première fois les études laryngoscopiques dans l'enseignement de la Faculté, je rencontrai, parmi les malades que je recrutais, soit à l'hôpital, soit au Bureau central, pour mes cliniques, une jeune femme présentant une lésion de la gorge fort intéressante, et que je n'avais encore eu aucune occasion d'observer. « Voici, dis-je à ma première inspection, un cas que la grande majorité des médecins n'hésiterait pas à classer parmi les syphilis pharyngo-laryngiennes; pour moi, je crois qu'il s'agit d'une scrofule. » En effet, occupé à ce moment de mes recherches sur l'*angine scrofuleuse*, je rattachai d'abord ce cas à une scrofule, mais à une forme particulièrement maligne de cette diathèse. Nous ne reproduirons pas cette observation, qui a paru *in extenso* dans le mémoire que nous avons publié à cette époque (sur l'*angine scrofuleuse*, Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris, 2<sup>e</sup> série, t. VIII, 1871, p. 107 et suivantes, obs. n<sup>o</sup> IV, —

mémoire reproduit dans l'*Union médicale* de 1872, 1<sup>er</sup> semestre, et dans le *Practitioner* de Londres, 1871). Nous rappellerons seulement que la lésion spéciale de la gorge était caractérisée par la présence sur le voile du palais, la luette, les piliers et la paroi pharyngienne d'un nombre infini de granulations blanc grisâtre, semblables à des grains de semoule, mais adhérent fortement à la muqueuse, et produisant rapidement des ulcérations douloureuses. Nous signalions l'effet fâcheux produit sur cette malade par le traitement hydrargyrique que nous avions donné pendant quelques jours, à l'instigation d'un de nos collègues, ancien chef de service à l'hôpital Saint-Louis, lequel avait cru reconnaître une lésion syphilitique, tandis que la cessation de ce traitement spécifique et l'usage de médicaments toniques avaient amené une amélioration notable. Nous rapprochions ce fait des scrofulides malignes de la gorge décrites par M. Bazin, en faisant remarquer toutefois que la malade avait succombé en quelques semaines, non par l'occlusion laryngienne, mais par les progrès d'une phthisie pulmonaire à marche aiguë.

Cette observation, que nous avions prise avec soin, et une aquarelle que nous avions conservée, représentant assez exactement la lésion pharyngienne, nous avaient laissé une impression assez vive pour nous permettre de reconnaître à première vue la même maladie chez un malade que nous reçûmes, à quelques mois de là, à l'hôpital Saint-Antoine. Ce malade fut présenté par nous à la Société médicale des hôpitaux à deux reprises différentes, le 9 août et le 25 octobre 1872, et nous pûmes porter ce pronostic qu'il succomberait probablement à une phthisie rapide, ce qui eut lieu en effet au bout de quelques semaines. La pièce anatomique présentée à la même Société le 27 décembre de la même année avait été l'objet d'études histologiques de la part de M. Troisier, sous la direction de M. le professeur Vulpian, et grâce à ce précieux concours, nous pûmes annoncer qu'il existait une forme particulière de phthisie laryngée, à marche rapide, analogue à la phthisie galopante du poumon, et caractérisée par le dépôt sur la muqueuse pharyngo-laryngée de granulations grises identiques à celles que l'on trouvait dans le

poumon, c'est-à-dire à la granulation grise de Laënnec, à la granulie de M. Empis, aux tubercules miliaires des histologistes contemporains. Nous indiquions en même temps d'une manière sommaire les caractères de cette forme clinique particulière de la phthisie laryngée, et les points importants par lesquels elle différerait de la laryngo-phymie vulgaire, laquelle est très-analogue à la phthisie caverneuse.

Cette manière de voir eut la fortune d'être acceptée d'abord par M. le professeur Vulpian, qui se souvint aussitôt d'avoir rencontré plus d'une fois des lésions semblables du pharynx chez des sujets qui étaient morts de phthisie rapide. M. le professeur Béhier voulut bien aussi en faire mention dans les leçons cliniques qu'il consacra à la phthisie laryngée. M. le docteur Koch, mon assistant au service laryngoscopique du Bureau central, rapporta ces observations et développa ces idées dans sa thèse inaugurale (*De l'angine scrofuleuse et de la granulie pharyngo-laryngée*, thèse de Paris, 1873). Enfin, une observation semblable très-intéressante, avec autopsie et examen histologique des granulations fut présentée à la Société des hôpitaux, les 10 et 24 avril 1874, par notre excellent collègue et ami le docteur Bucquoy (*Union médic.*, 1874, 3<sup>e</sup> série, t. XVII, p. 930), qui mentionne en même temps un autre malade semblable, dont il n'avait pu prendre l'observation complète. Ce dernier malade avait réclamé impérieusement son *exeat*, et le même incident nous arrivait à nous-même à la même époque, pour un nouveau malade que nous avions reçu à l'hôpital Lariboisière. A l'occasion du malade de M. Bucquoy, MM. Hayem et Martineau déclarèrent avoir rencontré des lésions semblables (*ibidem*, p. 931, et même journal, t. XVIII, p. 42). Voilà donc en tout huit ou neuf malades signalés comme atteints de cette forme particulière de phthisie laryngée, sur lesquels quatre observations ont été publiées, dont trois avec autopsie, et deux avec examen histologique des granulations. Il est temps, ce nous semble, de recueillir ces éléments épars en une description systématique, qui pourra fournir un nouveau chapitre aux cours de clinique, et aux traités de pathologie qui s'imprimeront à l'avenir.

Nous renoncerons, pour définir la forme morbide nouvelle que nous allons décrire, aux dénominations que nous avons d'abord adoptées dans nos communications à la Société médicale des hôpitaux, de *granulations grises disséminées de la gorge* ou de *granulie pharyngo-laryngée*, parce que ces mots de *granulations*, et de *granulie* prêtent à une certaine confusion avec une maladie beaucoup plus simple et très-vulgaire, l'*angine granuleuse* ou *glanduleuse*, qui n'est pour nous que l'acné de la gorge. Nous adopterons donc le nom de *tuberculose miliaire aiguë pharyngo-laryngienne*, qui exprime à la fois sa forme clinique et sa nature anatomique, conformément aux données de l'histologie actuelle.

La tuberculose miliaire aiguë de la gorge répond à la tuberculose miliaire du poumon, à l'infiltration tuberculeuse grise transparente de Laënnec, à la granulie pulmonaire de M. Empis. Cette assimilation est, comme nous espérons le montrer, justifiée non-seulement par l'analogie de la lésion anatomique, mais aussi par l'analogie de la marche et de l'évolution des deux maladies, marche rapide, promptement mortelle pour la tuberculose miliaire de la gorge comme pour celle du poumon, marche chronique avec grands délabrements organiques pour la phthisie laryngée vulgaire et la phthisie pulmonaire caverneuse, ou caséeuse.

*Lésions anatomiques et aspect.*—La maladie est caractérisée au début par le dépôt sur la gorge, ou plutôt dans les mailles mêmes de la muqueuse pharyngo-laryngée, d'un semis très-abondant de granulations grises demi-transparentes, analogues pour l'aspect et le volume à des grains de semoule, à des œufs de poisson, ou aux dépôts de fibrine grumeleuse que l'on observe à la surface des intestins dans les cas de péritonite récente, ou, pour ne pas sortir de la gorge, dans les angines pultacées, avec cette différence que ceux-ci sont alors faciles à enlever avec l'abaisse-langue, et laissent apercevoir une muqueuse sous-jacente simplement enflammée, tandis que les granulations que nous décrivons adhèrent fortement à la muqueuse, sont réellement sous-jacentes à l'épithélium, et saignent facilement lorsqu'on les touche. Ces granulations,



généralement confluentes, se groupent ordinairement en plaques plus ou moins nombreuses à contours sinueux, à surface chagrinée, ou bien gaufrée et mamelonnée. Quand le groupe n'est pas très-abondant, et que les granulations sont très-superficielles et peuvent s'énucléer facilement, la surface paraît érodée comme par l'effet d'un coup de râpe, et rappelle à s'y méprendre le début des érosions tuberculeuses de la langue, sur lesquelles l'attention des médecins a été appelée depuis plusieurs années par MM. Trélat, Féréol et plusieurs de nos collègues. Cette disposition était très-frappante chez le malade que nous avons observé l'été dernier à Lariboisière, et siégeait sur le bord libre et le pilier antérieur du voile du palais, et nous la retrouvons signalée par M. Martineau (*Union médicale*, 1874, t. XVIII, p. 42), qui la décrit comme une exulcération régulière, ovale, en *coup d'ongle*. Quand la matière tuberculeuse miliaire est plus abondante, alors les plaques sont mamelonnées, saillantes, de couleur grisâtre et présentent une grande analogie d'aspect avec les plaques muqueuses de la syphilis pharyngienne, puisque plusieurs de nos confrères, et notamment un de nos collègues formé à l'école de l'hôpital Saint-Louis, ont pu s'y tromper. Les plaques de tubercules miliaires diffèrent toutefois des plaques syphilitiques que nous observons ordinairement au voile du palais par l'absence de l'auréole inflammatoire à teinte carminée, et de la nuance opaline, d'un gris bleuâtre très-délicat, qu'offrent les parties blanches de la plaque syphilitique. Les plaques tuberculeuses sont d'un gris sale, plus blafard que les plaques muqueuses; leur face couverte d'éminences mamelonnées, un peu jaunâtres, plus saillantes, plus granulées surtout que les simples gaufrures des plaques muqueuses, et semblant indiquer une prolifération énergique. Le liseré inflammatoire qui les entoure est fort étroit, d'un rouge terne, et se fondant bientôt avec la couleur rose jaunâtre des parties de la muqueuse qui sont restées saines.

Cet aspect de la lésion s'observe surtout sur la face antérieure du voile du palais et sur les piliers antérieurs; c'est là que se produisent surtout les groupes dont l'apparencé rap-

pelle celle des plaques muqueuses. Au bord même du voile et des piliers s'observent souvent les érosions superficielles mentionnées ci-dessus, érosions qui peuvent entamer plus ou moins leur contour. Sur la luette, les granulations produisent des bosselures multiples qui donnent à cet appendice l'aspect de ces boules ou de ces massues recouvertes de clous à tête saillante que l'on emploie dans certains jeux. Lorsque le volume des granulations augmente, et qu'au lieu d'être celui d'un grain de semoule ou d'un grain de millet (observ. Bucquoy), il devient celui d'un grain de chènevis, la luette prend l'apparence d'une stalactite bizarre, pendant isolément de la voûte d'une grotte où suinterait une eau chargée de carbonate calcaire; la base des piliers du voile du palais, et spécialement le pilier postérieur, subissent aussi par le même fait des déformations singulières et ressemblent aussi aux stalactites calcaires qui couvrent les murailles de la grotte à laquelle nous faisons allusion. Les amygdales, la paroi postérieure du pharynx, n'échappent pas à cette lésion envahissante; mais c'est surtout sur ces surfaces étendues que celle-ci présente la forme d'une couche grisâtre, mamelonnée, rappelant par son aspect demi-transparent les dépôts plastiques de la péritonite récente. La muqueuse environnante ne présente pas de rougeur inflammatoire ni de gonflement (observ. Bucquoy). On observe quelquefois sur la paroi pharyngienne postérieure un ou plusieurs nodules acuminés, plus volumineux, présentant l'aspect de petits furoncles à maturité, sauf la zone inflammatoire qui est presque nulle à la base. Ces nodules, peu nombreux (cinq ou six seulement) relativement au nombre infini des granulations grises, sont durs au toucher; leur volume varie depuis celui d'un très-petit pois jusqu'à celui d'un grain de maïs (observ. IV de notre mémoire de 1871): lorsqu'on les incise, ils ne laissent presque rien échapper; ils sont probablement constitués par du tubercule à l'état caséux (1).

(1) M. Bazin a décrit une lésion analogue, comme scrofulide éruptive des muqueuses, caractérisée surtout par des granulations, des pustules et des vésico-pustules, dures à la base, ressemblant à de petits furoncles, et arrivant plus lentement à maturité. *Leçons sur la scrofule*, p. 272.)

L'épiglotte et le larynx lui-même ne semblent envahis par cette lésion qu'à une période plus avancée. Chez notre second malade (hôpital Saint-Antoine), et chez notre troisième malade (hôpital Lariboisière), le larynx était à peine touché au début. La même intégrité du larynx est constatée au laryngoscope dans la première observation de M. Bucquoy, et dans la seconde observation du même auteur on ne note aucun symptôme laryngien, bien qu'il ne soit pas fait mention de l'examen laryngoscopique. Plus tard le larynx se prend ; il présente de la rougeur, du boursoufflement (obs. Martineau), et enfin un semis blanchâtre sur l'épiglotte, les éminences aryénoïdes, l'infundibulum laryngien. Ce n'est qu'à l'autopsie qu'on a constaté des ulcérations sur les cordes vocales elles-mêmes. (Nos deux premières observations, et 1<sup>re</sup> observation Bucquoy).

A mesure que la maladie fait des progrès, les granulations grises augmentent de nombre et de volume, sans dépasser celui d'un grain de chènevis (sauf pour les nodules caséux indiqués ci-dessus). En même temps, elles perdent leur transparence, deviennent de plus en plus saignantes et douloureuses, et s'entourent de produits pultacés et purulents. Il est assez facile de déterger ces derniers produits, soit avec un simple pinceau, soit par des attouchements avec la solution de chlorate de potasse, mais les granulations elles-mêmes résistent absolument à ce topique qui vient si bien à bout des angines pultacées. Le travail d'ulcération, en se continuant, semble énucléer un certain nombre de granulations qui laissent après elles une alvéole vide, ou une perte de substance plus ou moins profonde. Toutefois, la mort survient ordinairement avant que de grands délabrements aient pu se produire.

*Symptômes et marche.* — Les symptômes de cette maladie sont surtout des symptômes de douleurs localisées : un sentiment de cuisson dans la gorge, de la difficulté pour avaler, sont les premières sensations qui portent les malades à faire examiner leur gorge (nos trois observations, et les deux observations de M. Bucquoy ; *Union méd.*, avril 1874, p. 932 et 934). La dysphagie va toujours en augmentant

à mesure que la prolifération des tubercules miliaires, et surtout leur ramollissement, augmente. Quand la gorge ne présente plus qu'une surface entièrement saignante et suppurante, la dysphagie présente un degré que nous ne lui avons vu atteindre dans aucune autre maladie, même dans les cas de cancer et de phthisie laryngée avec ulcération et œdème de l'épiglotte et des aryténoïdes. Tout aliment solide est rejeté, les aliments liquides eux-mêmes sont la cause de douleurs absolument intolérables. Le malheureux malade se voit condamné à mourir de faim et tombe dans le désespoir.

Pendant ce temps, les symptômes laryngiens sont nuls ou peu accusés: la voix peut rester longtemps intacte ou seulement voilée ou enrouée; elle prend surtout un timbre nasonné par suite du non-fonctionnement du voile du palais. Aucun accident de suffocation ne s'est produit dans les cinq observations dont nous avons les détails, sauf notre première malade pendant le temps où nous l'avions soumise au traitement hydrargyrique: la cessation de ce traitement permit de faire disparaître les signes d'œdème de la glotte qui commençaient à se produire.

Des ulcérations analogues à celles de la gorge ont été notées sur les lèvres et les gencives (observ. I<sup>e</sup> de M. Bucquoy) et sur l'orifice anal (observ. Martineau). La surdité s'est produite dans le cours de la maladie chez notre second malade.

L'altération des poumons, qui marche concurremment avec la lésion de la gorge, doit surtout attirer notre attention. Dans les deux premiers cas typiques qu'il nous a été donné d'observer, les symptômes pulmonaires manquaient au début, bien que les malades présentassent déjà un état fort avancé de la lésion pharyngienne. La jeune femme de notre observation n° IV (mém. de 1871) avait cependant un peu de submatité au sommet droit, avec un peu de respiration rude et d'expiration prolongée, alors que les granulations pharyngolaryngées étaient déjà mêlées de produits pultacés et purulents. Notre second malade n'a présenté pendant plus de deux mois aucun symptôme d'auscultation ou de percussion. Il en était de même de notre troisième malade, celui de l'hô-

pital Lariboisière, qui nous a échappé. Au contraire, dans les deux observations de M. Bucquoy, et dans celle de M. Martineau, les signes de phthisie pulmonaire confirmée ont précédé de plusieurs mois la lésion pharyngo-laryngée, mais aussi la maladie n'a pas été si promptement mortelle que dans nos deux premières observations. Les symptômes thoraciques ont été, dans nos deux cas, ceux des phthisies galopantes : on sait combien ils sont longtemps obscurs et combien ils diffèrent sous le rapport des signes physiques des trois périodes si nettement établies par Laënnec. Longtemps, on ne perçut à la percussion qu'un peu de submatité, et à l'auscultation un silence respiratoire suivi de quelques craquements secs très-disséminés, lesquels n'ont fait place que tout à la fin à des gargouillements légers, la fonte purulente n'ayant pas dépassé la production de petites cavernules (Nos deux observations, et observ. I<sup>re</sup> de M. Bucquoy).

Notons enfin la coïncidence d'antécédents scrofuleux légers chez notre première malade, et d'engorgements ganglionnaires cervicaux qui ont suppuré chez notre second malade. La scrofule n'est pas notée dans les observations de M. Bucquoy, ni dans celle de M. Martineau. Nous ne devons donc considérer les nôtres que comme des coïncidences montrant une fois de plus l'étroite parenté qui unit les deux diathèses, scrofule et tuberculose.

La *marche* de la maladie a été rapide dans les trois cas dont nous avons l'observation complète (deux obs. d'Isambert, I<sup>re</sup> obs. de Bucquoy); elle l'avait été aussi dans ceux dont M. Vulpian avait conservé le souvenir. Notre première malade avait succombé en deux mois, notre second malade en six mois; le malade de M. Bucquoy a duré plus longtemps; cependant la maladie s'est terminée en un mois à partir du moment où furent constatées les lésions caractéristiques de la gorge.

Ce qu'il faut surtout remarquer, c'est qu'aucun de ces malades n'a péri par suite d'un accident laryngien : il ne s'est produit chez eux, ni un œdème de la glotte, ni un de ces rétrécissements du larynx si communs à la suite des nécroses de la phthisie laryngée vulgaire. Les malades sont

morts de consommation pulmonaire, à forme galopante dans les cas que nous avons considérés comme typiques, à forme un peu plus lente, mais certainement accélérée à la fin chez le malade n° 1 de M. Bucquoy. L'inanition, résultant de la dysphagie presque absolue, a joué un grand rôle dans la terminaison funeste de nos cas typiques.

*Anatomie pathologique et histologie.* — Dans les trois autopsies que nous possédons, les poumons ont été trouvés farcis de granulations tuberculeuses miliaries : cette infiltration était absolument générale dans nos deux premières observations ; dans l'observation n° I de M. Bucquoy, elle était plus limitée, et abondante surtout autour de foyers caséux assez considérables. Dans notre première observation, et dans celle de M. Bucquoy, il y avait déjà formation de cavernules assez nombreuses. Dans notre observation II°, la lésion pulmonaire n'avait pas dépassé la granulation grise.

L'examen histologique des granulations pharyngo-laryngées a pu être fait dans notre observation n° II et dans l'observation n° I de M. Bucquoy.

Dans notre observation, M. Troisier a d'abord examiné à l'état frais les nodosités que présentait la face interne de la muqueuse, et les a trouvées formées par un amas de corpuscules tassés les uns contre les autres, sans matière intercellulaire apparente. Elles offraient pour la plupart une forme hémisphérique ; leur partie centrale était sombre et granuleuse, tandis qu'à la périphérie et à leur point d'implantation sur la muqueuse les éléments qui la constituaient n'avaient subi aucune dégénération. Ces éléments étaient sphériques, de 4 à 6 millièmes de millimètre de diamètre, et formés par une petite masse de protoplasma finement grenu, au centre de laquelle se trouvait un noyau du 3 millièmes de millimètre, se colorant facilement par le carmin. Au moment où l'examen a été fait, ces granulations n'étaient pas recouvertes d'épithélium. La pièce ayant été ensuite placée dans l'alcool fut soumise à différentes coupes, comprenant toute l'épaisseur de la paroi du pharynx. Toute cette paroi, jusque dans les interstices des faisceaux musculaires, était infiltrée d'éléments semblables à ceux qui viennent

d'être décrits. Cette infiltration était très-marquée dans le chorion de la muqueuse; les faisceaux du tissu conjonctif étaient séparés les uns des autres par des rangées d'éléments plus ou moins rapprochés; en quelques points, ces éléments semblaient former par leur confluence à la surface de la muqueuse une couche sur laquelle devaient végéter les granulations étudiées ci-dessus à l'état frais. Par places, ces éléments formaient de petits amas sphériques ou fusiformes dont les plus volumineux n'avaient pas plus de trois cinquièmes de millimètre de diamètre. Le centre de ces granulations n'a pas paru granuleux; mais en ce point les éléments, tout en étant distincts, étaient plus rapprochés les uns des autres, tandis qu'à la périphérie, ils étaient de plus en plus espacés; il en résulte que ces amas étaient réellement en continuité avec l'infiltration diffuse dont il a été parlé. Quelques-uns cependant, mais ceux-ci tout à fait microscopiques, étaient isolés au milieu des faisceaux du derme... En résumé, ces lésions sont certainement celles d'une infiltration de corpuscules analogues à ceux que l'on trouve dans les tubercules, qu'on considère ces granulations soit à la surface de la muqueuse, soit dans l'épaisseur du chorion. M. le professeur Vulpian, dans le laboratoire duquel ces préparations ont été faites, les a vues et interprétées de la même façon. » (Note inédite de M. Troisier.)

Dans l'observation de M. Bucquoy, l'examen histologique a été fait par son interne, M. Hanot, et les pièces ont été vues aussi par M. Grancher, chef du laboratoire histologique de l'amphithéâtre des hôpitaux. A l'état frais, quelques-unes des petites saillies ont été examinées au microscope, après coloration par le carmin: leur tissu est friable et s'écrase avec la plus grande facilité. Les saillies sont constituées par des éléments embryonnaires, les uns intacts, les autres en régression granuleuse, irrégulièrement mélangés. Nulle part, dans les endroits examinés, de granulations typiques avec leur forme sphérique et la disposition réciproque de leurs cellules embryonnaires. Sur des pièces préparées par l'acide picrique, puis par l'alcool absolu, et colorées par le carmin, *cinq seulement sur cinquante coupes ont présenté*

*des granulations tuberculeuses typiques.* Cependant, un peu plus loin, le même histologiste trouve des éléments embryonnaires en *régression granuleuse*; les faisceaux conjonctifs du chorion contiennent beaucoup plus de cellules qu'à l'état normal, cellules plus volumineuses et à noyau segmenté. Les parois des vaisseaux sont entourées de cellules embryonnaires, la plupart vivantes, mais entremêlées de cellules en *régression granuleuse*, disposées en petites masses plus ou moins sphériques qui rappellent assez bien la *granulation tuberculeuse*.

Nous n'avons pas qualité suffisante pour juger les nuances qui peuvent faire varier ces descriptions histologiques; rappelons que nous ne possédons encore que deux autopsies avec examen microscopique, et qu'il s'agit de deux sujets chez lesquels la maladie avait présenté une marche clinique assez différente. Le nôtre avait été atteint d'une phthisie galopante et d'une infiltration tuberculeuse plus générale que le malade de M. Bucquoy.

Quoi qu'il en soit de ces différences, et du plus ou moins grand nombre de cellules typiques qui ont été rencontrées, il n'en est pas moins constant que pour ces deux cas, les histologistes distingués qui ont vu les pièces se sont accordés à regarder les granulations de la gorge comme des tubercules miliaires à différents degrés d'évolution. Le fait n'est pas borné à la muqueuse pharyngienne; Rokitanski et Virchow ont depuis longtemps signalé la granulation grise dans le larynx; dans ces derniers temps, on l'a reconnue dans les ulcérations tuberculeuses de la langue, et les érosions tuberculeuses citées récemment par MM. Féréol, Martineau (*Union médic.* 1874, juillet, p. 69; *ibid.*, p. 40) et Hillairet (*ibid.*, p. 77), au voisinage des différents orifices naturels (lèvres, anus, prépuce) montrent que la tuberculose des muqueuses et même du tégument externe n'est pas aussi rare qu'on l'avait cru autrefois. Ce qui constitue la particularité de la lésion que nous décrivons, c'est l'extrême confluence des tubercules miliaires de la gorge, confluence qui concorde avec une forme évidemment plus grave et plus rapide de la maladie.



*Forme clinique spéciale.* — Évidemment il s'agit, dans la forme morbide que nous venons de décrire, d'autre chose que de la phthisie laryngée vulgaire. Celle-ci est en définitive une complication assez longue de la tuberculose pulmonaire, qu'elle aggrave notablement il est vrai, mais, en somme, qu'elle suit assez régulièrement, avec des alternatives de poussées aiguës, tantôt vers le poumon, tantôt vers le larynx. Ici la lésion pharyngo-laryngée, au moins dans nos deux observations typiques, semble dominer la scène dans les premiers temps, et l'affreuse dysphagie qu'elle occasionne paraît frapper le malade encore plus que la désorganisation rapide qui ne tarde pas à se produire dans le poumon. Nous ne croyons pas avoir eu tort en annonçant à la fin de 1873 qu'il y avait là une *nouvelle forme de phthisie laryngée*, qui était à la laryngo-phymie vulgaire ce que la phthisie pulmonaire galopante était à la phthisie caverneuse.

Pour préciser ces différences, nous dirons : que si la phthisie laryngée vulgaire est d'emblée une maladie intralaryngienne, la tuberculose miliaire aiguë est au contraire une pharyngite, qui n'atteint le larynx que secondairement. La laryngo-phthisie vulgaire procède par poussées inflammatoires, par ulcérations profondes, par périchondrites, par nécroses des cartilages laryngiens, comme la pneumophthisie par inflammation autour des tubercules crus, fonte purulente de ceux-ci, et formation de cavernes; la tuberculose miliaire pharyngo-laryngée, au contraire, ne présente que fort peu de phénomènes inflammatoires. La granulation grise de la muqueuse se ramollit, se détruit, en formant une petite ulcération périphérique, mais elle n'amène pas les grands ravages que la laryngo-phthisie vulgaire produit dans le larynx. Ce n'est pas par le larynx que périt le malade, ce n'est pas par un œdème ou rétrécissement de la glotte, provoquant des accès de suffocation; il périt avant le temps où ces lésions pourraient se produire, par les progrès de l'infiltration pulmonaire, et en partie aussi par l'inanition à laquelle le condamne la dysphagie extrême qui résulte des ulcérations pharyngiennes.

Tel est le type qui nous est apparu dans nos deux pre-

nières observations, type qui n'a rien d'absolu, et qui admettra sans doute, comme nous le concédions à M. Hayem, dans une courte discussion au sujet du malade de M. Bucquoy (*Union médic.*, 2<sup>e</sup> série, t. XVII, p. 931), bien des degrés intermédiaires pour le larynx comme pour le poumon, degrés intermédiaires d'où ressortira, selon nous, plus clairement encore l'unité de la diathèse tuberculeuse. Déjà les deux cas de M. Bucquoy et celui de M. Martineau nous montrent des formes moins rapides de la maladie. C'est qu'en effet il n'y a pas de différence essentielle, moins encore pour le larynx que pour le poumon, puisqu'après tout le larynx ne connaît pas le tubercule cru, ou caséux, mais seulement la granulation miliaire. La *nouvelle forme de phthisie laryngée* que nous signalons n'est donc une forme spéciale qu'au point de vue de sa gravité exceptionn elle et de sa marche particulière; c'est la forme maligne de la tuberculose de la gorge, comme la variole véritablement confluyente, ou la variole hémorrhagique sont les formes malignes de la variole. L'unité de la phthisie subsiste dans notre cas, comme la spécificité de la variole dans les formes auxquelles nous faisons allusion.

*Étiologie.* — Nous ignorons absolument jusqu'à présent les conditions étiologiques qui peuvent donner naissance à la tuberculose miliaire pharyngo-laryngée. Les causes ne paraissent pas différer des causes générales de la phthisie, et l'influence de la constitution individuelle, les conditions de rapport, de terrain sont probablement celles qui déterminent la forme spéciale. Certains antécédents pathologiques pourraient exercer une action prédisposante. Dans nos deux observations typiques, nous avons noté, soit des antécédents de lymphatisme (ophtalmies, gourmes, abcès froids), soit des tumeurs ganglionnaires concomitantes allant jusqu'à la suppuration. Nous avons signalé aussi l'analogie de quelques-unes des lésions avec les faits représentés par M. Bazin comme des scrofulides malignes de la gorge. Nous devons avouer que ces connexions avec la scrofule ne sont pas mentionnées dans les autres observations. Quant à la syphilis, elle n'a figuré dans les antécédents d'aucun des malades qui font le sujet des observations connues.

*Diagnostic.* — Cette forme morbide a des caractères trop tranchés pour être méconnue par les médecins qui l'auront observée une fois, ou qui auront lu avec attention les descriptions qui précèdent.

La lésion pharyngienne que nous décrivons ne saurait être confondue avec le *muguet* : les concrétions blanches légères de celui-ci n'ont pas le volume ni la consistance des tubercules miliaires, ni surtout leur adhérence intime à la muqueuse, puisque ces derniers sont implantés jusque dans les profondeurs du derme : le siège n'est pas exactement le même, la face dorsale de la langue, toujours envahie par le muguet, est respectée par la tuberculose miliaire. Enfin, au microscope, le parasite du muguet ne se retrouvera pas dans la tuberculose.

L'*angine pultacée simple* ou *scarlatineuse* ne forme dans la gorge que des dépôts de fibrine grumeleuse et d'épithélium faciles à enlever avec le dos de l'abaisse-langue, ou avec un pinceau imprégné de solution de chlorate de potasse. Le tubercule miliaire résiste absolument à ces moyens détersifs. Nous ne parlons pas des phénomènes fébriles qui accompagnent ces angines aiguës, non plus que du nombreux cortège des symptômes de la scarlatine, qui manqueront naturellement dans la tuberculose de la gorge.

L'*angine syphilitique* et les plaques muqueuses de la gorge, avec laquelle la tuberculose miliaire présente une ressemblance assez frappante au premier abord, s'en distinguent par les caractères que nous avons indiqués ci-dessus, et notamment par l'auréole inflammatoire carminée des plaques syphilitiques, leurs reflets opalins ou irisés, et leur surface beaucoup moins chagrinée ou mamelonnée que celle des plaques tuberculeuses.

La tuberculose se distingue de l'*angine scrofuleuse*, d'abord par sa marche d'avant en arrière (du voile du palais aux parties profondes), tandis que celle-ci va d'arrière en avant de la paroi pharyngée postérieure aux piliers postérieurs, puis au bord du voile du palais. L'aspect des ulcérations n'est pas le même ; elles se distinguent des ulcérations scrofuleuses par l'absence des crachats visqueux adhérent aux surfaces, et

des érosions à fond adipeux que ces crachats recouvrent ; par l'absence d'adhérence des piliers de la luette, ainsi que des grandes déformations qu'on observe dans la scrofule ; par la couleur bien plus pâle des saillies donnant l'aspect mame-lonné ; enfin par la douleur très-vive, aboutissant à la dysphagie absolue, ce qui est en opposition absolue avec l'indolence remarquable de l'angine scrofuleuse.

*Pronostic.* — Le pronostic de la tuberculose miliaire est nécessairement fatal, et c'est celui d'une mort à courte échéance, quelques mois au plus.

*Traitement.* — Cette maladie paraît jusqu'à présent au-dessus des ressources de l'art ; son traitement général est le traitement de la phthisie. Les indications locales se bornent à calmer la douleur, à diminuer la dysphagie, à alimenter le malade. Il faut éviter avant tout les mercuriaux, dont nous avons vu les conséquences funestes. Il n'y a guère d'espoir de modifier l'état des surfaces avec quelques topiques, car l'iode, et à plus forte raison les caustiques énergiques (chlorure de zinc, perchlorure de fer, acide chromique) ne pourront être supportés. La lésion est trop profonde, trop interstitielle, pour pouvoir être atteinte, et d'ailleurs, peut-on espérer quelque réaction réparatrice d'un tissu aussi profondément infiltré de matière tuberculeuse ? Les caustiques ne feraient que hâter la chute de l'épiderme, et la mise à découvert des granulations dont rien ne pourra entraver le travail ulcératif. Aussi les narcotiques, la glycérine fortement morphinée (au 25°, au moins) pourront seuls être employés avec avantage. La glace, avalée en menus morceaux, est peut-être le calmant le plus énergique avec les injections hypodermiques à la région cervicale.

Quant à l'alimentation, elle sera exclusivement liquide : le lait, le bouillon, mêlés de gelées de viandes, sont les seuls aliments que le malade peut ingérer, et bientôt rien ne pourra plus passer. Il restera l'alimentation par le rectum, triste ressource pour prolonger l'existence d'un malade pour lequel la mort peut être envisagée comme la délivrance suprême d'un des états les plus cruels auxquels nous expose notre malheureuse nature.

---

## NOTE SUR L'OTITE AIGUE SYPHILITIQUE,

Par le docteur **Ladreit de Lacharrière.**

Les auteurs qui ont écrit sur les maladies de l'oreille se sont peu occupés de l'otite aiguë syphilitique. Triquet seul, à ma connaissance, lui a consacré un chapitre de ses leçons cliniques. Parmi les causes qui la produisent, cet auteur signale la blennorrhagie. On ne saurait admettre que cette affection puisse donner naissance à des accidents secondaires, et c'est sur l'otite considérée comme *accident secondaire* que je veux appeler l'attention.

J'ai vu un assez grand nombre de cas d'otite syphilitique ; mais les deux qui viennent de se présenter à mon observation m'ont remis en mémoire tout l'intérêt de cette question.

L'otite syphilitique porte un cachet spécial qui me l'a fait reconnaître plusieurs fois avant d'avoir reçu la confiance des autres accidents qui devaient m'éclairer sur sa nature. Les signes qui la caractérisent sont pour moi l'état des parois des conduits auditifs, la nature de la sécrétion, le début assez rapide et peu douloureux de la maladie.

Les deux conduits auditifs sont ordinairement simultanément atteints. Leurs parois sont tuméfiées, mais ne présentent pas ce gonflement phlegmoneux que l'on observe dans l'otite simple. La peau est fendillée et rouge. Le tympan est humide ou baigné de pus, rouge et éraillé. Le méat du conduit est le plus souvent rétréci, et il est difficile d'éclairer le tympan sans faire souffrir le malade.

Le produit de la sécrétion commence par être presque entièrement transparent et fluide comme de l'eau ; il se teinte bientôt légèrement en jaune, et prend les caractères de muco-pus très-liquide. Il a toujours une odeur particulière très-désagréable. Les malades que j'ai observés dernièrement se plaignaient depuis quelques jours de diminution dans l'audition, de sensations de plénitude de l'oreille, de démangeaisons dans les conduits, et enfin d'un écoulement qui s'était produit le jour même, ou peu de temps auparavant. L'otite

que je viens d'esquisser ne saurait être prise pour une otite aiguë simple, dont le début est toujours si douloureux jusqu'à ce que l'écoulement se soit établi; on ne saurait la confondre avec l'otite herpétique, que l'on reconnaît facilement à la présence des vésicules d'herpès. L'affection qui me paraît lui ressembler le plus est l'eczéma; mais dans ce cas la sécrétion est peu abondante et le liquide ne coule pas au dehors.

Les malades qui viennent consulter pour des maux d'oreille ne s'imaginent guère que leur état puisse être lié à une affection générale, et ils se gardent bien de faire connaître, si on ne les y provoque, qu'ils ont des plaques muqueuses dans la gorge et à l'an us, une roséole et de l'adénite cervicale. Au milieu d'un pareil cadre, il ne reste plus de doute sur la nature de la maladie.

La durée de l'otite syphilitique ne dépasse pas en général celle des autres accidents qui l'accompagnent.

Elle guérit le plus souvent sans laisser de traces, les tympans et les conduits reprennent leurs conditions physiques ordinaires. J'ai constaté cependant plusieurs fois la persistance pendant quelque temps d'un certain degré de surdité, dû, soit à un état catarrhal des caisses des tympans, soit à un peu d'épaississement des membranes tympaniques; mais cette légère infirmité a toujours été passagère. Je n'ai pas besoin de mentionner ici le traitement qu'il faut instituer contre la vérole; je me bornerai à indiquer que j'ai obtenu rapidement de bons résultats de frictions sur les apophyses mastoïdes avec une pommade à l'iodure de potassium. Les injections que je fais faire dans les oreilles sont des injections calmantes, rendues légèrement astringentes par l'addition d'une petite quantité de borax. Je n'ai recours au cathétérisme que lorsqu'un catarrhe des caisses persiste après la guérison de la muqueuse pharyngienne.

Voici les observations très-sommaires des deux malades que j'ai eu l'occasion d'observer depuis le 1<sup>er</sup> janvier.

OBSERVATION I. — M. X..., âgé de 49 ans, habitant Bellevue, me fut conduit par ses parents le 19 janvier. Ce jeune homme ayant les apparences d'une bonne santé, devenait depuis quelques jours de plus en plus sourd et n'entendait

plus l'échappement d'une forte montre qu'à une petite distance de l'oreille. Il souffrait médiocrement, mais il avait dans les oreilles une sensation de plénitude assez pénible. Il ressentait depuis quelques jours un bourdonnement semblable au bruit du coquillage ou à un moulin lointain. Il avait de la démangeaison dans les conduits, et il s'en écoulait un liquide citrin, sanicux et fétide. Les parois des conduits un peu tuméfiées étaient rouges et l'épiderme par place était exfolié, ce qui lui donnait une teinte un peu irrégulière. La respiration nasale était un peu gênée, il y avait du gonflement de la muqueuse et des croûtes dans le nez. Le pharynx était tuméfié et rouge, et les amygdales, plus grosses, présentaient à leur face interne cette apparence grisâtre de la plaque muqueuse qui se développe. La peau était couverte d'une roséole très-confluente, enfin il y avait deux plaques muqueuses à l'anüs. Aussitôt que je fus seul avec lui, ce jeune homme me fit l'aveu qu'il avait contracté six mois auparavant un chancre qu'il n'avait pas soigné.

OBSERVATION II. — La personne qui fait l'objet de cette seconde observation est une femme, concierge à Paris, qui vint me consulter le 27 janvier à ma clinique de l'institution des sourds-muets.

Elle est âgée de 35 ans. Elle se plaignait de gêne et de douleurs dans les oreilles depuis quelques jours. Elle n'entendait plus l'échappement de ma montre appliquée sur le pavillon, et il fallait crier de très-près et assez fort pour se faire comprendre.

Les deux oreilles semblaient également atteintes; mais du conduit gauche seulement s'écoulait un liquide presque aussi transparent que de l'eau, d'une odeur fétide et qui s'était manifesté depuis le matin seulement. Les parois du conduit de ce côté étaient rouges, tuméfiées, fendillées. Du côté droit la tuméfaction du conduit était un peu plus marquée, la peau était rouge et présentait aussi quelques fentes à demi couvertes de croûtes; mais il n'y avait pas d'écoulement. Les tympons des deux côtés présentaient cette teinte louche que l'on observe dans le catarrhe de la caisse. La gorge était rouge, et tout me portait à croire que les trompes devaient être obstruées; le

cathétérisme étant inutile dans de telles conditions, je m'en suis abstenu. Les amygdales étaient grosses et ulcérées à leur face interne. La peau était couverte d'une roséole en voie de disparition. La femme X... me dit qu'elle était malade depuis les premiers jours de janvier; mais que la surdité avait fait depuis peu de jours de rapides progrès. Elle se plaignait d'un malaise général. Cette femme n'étant pas édifiée sur la nature de son mal, je n'ai pas cru devoir la questionner. Elle m'a appris qu'elle avait eu des boutons aux parties génitales et que son mari était également malade. Dans ces deux cas, si brièvement rapportés, la nature de l'affection des oreilles ne saurait être contestée, et l'otite s'est manifestée en même temps que la roséole, que l'angine et les plaques muqueuses: elle guérit et disparut sous l'influence d'une même médication, elle doit donc être classée parmi les accidents secondaires de l'empoisonnement par le virus syphilitique.

---

#### DES LARYNGOPATHIES PENDANT LES PREMIÈRES PHASES DE LA SYPHILIS.

Par MM. les docteurs **Krishaber** et **Mauriac**, médecin de l'hôpital du Midi.

(Suite)

La saillie formée par la plaque muqueuse s'accroît parfois beaucoup plus que dans les deux cas précédents. La lésion devient condylomateuse ou végétante, par suite d'une hyperplasie trop exubérante, comme dans les faits suivants :

#### OBSERVATIONS V.

Au 5<sup>e</sup> mois d'une syphilis légère, laryngopathie indolente, présentant après 4 semaines de durée les lésions suivantes : épaissement et rougeur des cordes vocales inférieures, plaque muqueuse végétante de la corde vocale droite.

M. B... (Victor), 19 ans, garçon de restaurant, entré le 19 février 1872 dans le service de M. Mauriac, salle 6, n° 36.



Bonne santé habituelle. En août 1872, deux chancres infectants, d'une incubation incertaine, se manifestèrent sur la muqueuse préputiale; ils furent soignés à la consultation de l'hôpital, et guéris en 15 jours. Le malade fut immédiatement soumis à un traitement antisyphilitique.

Les accidents consécutifs survinrent sans troubles constitutionnels et consistèrent en alopecie, croûtes dans les cheveux, et angine.

Vers le 15 janvier (5<sup>e</sup> mois du chancre), toux, catarrhe laryngo-trachéal avec quintes, sans qu'il y eût eu préalablement fièvre. Le malade, qui souffrait de la gorge et toussait un peu depuis quelques jours, remarqua que sa voix devenait faible et enrouée. — Il ne fumait pas depuis trois mois et ne s'était livré à aucun excès.

Le 22 février (6<sup>e</sup> mois du chancre), il présentait l'état suivant: Deux cicatrices de chancres, non indurées, sont visibles sur les côtés du filet. — Adénopathie bi-inguinale. — Plaques muqueuses labiales exulcérées. — Adénopathie cervicale postérieure.

Quelques papules sur le tronc. Sur les deux bras, petites macules couleur café au lait, exactement arrondies, non déprimées, semblables à des taches de rousseur, survenues, paraît-il, à la suite d'une éruption boutonneuse qui eut lieu en novembre 1872.

Laryngopathie. — Douleur à la pression vers l'angle antérieur du cartilage thyroïde. Ni douleur, ni gêne de la déglutition. La voix, qui était très-cassée lors de l'entrée du malade à l'hôpital, s'est améliorée, surtout sous l'influence du repos. L'enrouement, qui était beaucoup plus prononcé le soir que le matin, allait quelquefois jusqu'à l'aphonie.

Aujourd'hui la voix est rauque, enrouée; mais la parole est très-distincte. Les sons graves et moyens sont possibles; les sons élevés ne peuvent être émis. Un peu de toux le matin. (2 pilules de protoiod. de 0,03 c.)

Examen laryngoscopique le 23 février (4<sup>e</sup> semaine de la laryngopathie). Les deux cordes vocales sont rouges et épaissies; celle du côté droit présente au point de réunion

des deux tiers antérieurs avec le tiers postérieur une saillie en forme de pyramide, à base implantée sur le bord libre de la corde vocale, et avec une pointe qui fait saillie dans la glotte.

On objectera peut-être que cette prétendue plaque végétante n'est autre chose qu'une grosse papule. Bien que notre impression à son aspect ne nous ait pas fait pencher vers cette interprétation, nous ne la combattons pas. Au surplus la question est d'une médiocre importance, puisque toutes ces lésions d'une origine commune ont entre elles une grande analogie.

Signalons dans cette laryngopathie une circonstance exceptionnelle, son début, semblable à celui d'un catarrhe laryngo-trachéal aigu quoique sans fièvre.

Qu'on veuille bien remarquer aussi que le traitement hydrargyrique n'a point empêché cette laryngopathie de se produire, bien qu'il eût été institué dès les premiers jours de l'accident primitif et continué pendant cinq mois.

Les plaques végétantes des cordes vocales inférieures coïncident quelquefois avec les plaques ulcérées. En voici un exemple.

#### OBSERVATION VI

Au 4<sup>e</sup> mois d'une syphilis de moyenne intensité, laryngopathie présentant, après 7 mois de durée, les lésions suivantes : rougeur, épaissement, congestion de l'épiglotte et de la portion susglottique du larynx, épaissement de la corde vocale inférieure gauche, plaques muqueuses érodées et plaque végétante sur la corde vocale inférieure droite.

S... (Alphonse), 33 ans, peintre en bâtiments, entré le 14 janvier à l'hôpital du Midi, salle 8, n° 22, vit apparaître, vers le milieu de février 1872, un chancre infectant balano-préputial compliqué de phimosis, contracté avec une femme qu'il voyait habituellement.

Peu de temps après, plaques muqueuses sur la verge et les bourses, maux de gorge, croûtes dans les cheveux et roséole. Le malade n'a suivi aucun traitement jusqu'à son entrée à l'hôpital. Il n'a pas eu de coliques saturnines ; il

ne fait pas d'excès alcooliques. Sa santé est médiocre. Jaunisse à 18 ans, blennorrhagie à 20 et, à peu près à la même époque, chancres mous suivis de bubons suppurés.

En juin, chute sur l'arcade sourcilière gauche, suivie d'une plaie très-longue à se guérir, et dont la cicatrice encore rouge et enflammée est couverte de végétations irrégulières qui ne paraissent pas syphilitiques.

Vers le milieu de juin (4<sup>e</sup> mois du chancre), enrrouement progressif, puis perte de la voix dans les notes hautes et basses. Cette laryngopathie est survenue sans fièvre et sans catarrhe laryngo-trachéal ; il existait en même temps des plaques muqueuses buccales, pharyngiennes, mais pas de syphilis. Le malade toussait fréquemment, il avait aussi des sueurs nocturnes abondantes ; enfin il crachait quelquefois du sang pur, en quantité notable, le matin en se levant. Cependant la syphilis n'a point sérieusement compromis sa santé générale.

Le 18 janvier 1873 (11<sup>e</sup> mois de la syphilis, 7<sup>e</sup> de la laryngopathie), le malade présentait l'état suivant : Insomnie, céphalée généralisée sus-orbitaire, rien sur la peau, plaques muqueuses ulcérées sur les lèvres et à leurs commissures.

Voix enrrouée, éraillée, presque éteinte. Sensibilité à la pression au niveau de l'hyoïde. Quoiqu'il ait été réformé pour palpitations de cœur, et qu'il ait craché du sang, on ne découvre aucun signe physique de lésion grave dans l'appareil cardio-pulmonaire.

Examen laryngoscopique le 19 janvier : Épiglote rouge et légèrement épaissie, congestion vive de la muqueuse interaryténoïdienne. Les cordes vocales inférieures ne peuvent être explorées que très-rapidement à cause du renversement de l'épiglotte. Elles sont rouges, exulcérées et dentelées.

Le 30 (11<sup>e</sup> mois de la syphilis, 7<sup>e</sup> 1/2 de la laryngopathie), un examen plus complet permet de constater que la corde vocale inférieure droite présente : 1<sup>o</sup> dans sa portion ligamenteuse une échancrure finement dentelée ; 2<sup>o</sup> dans sa portion aryténoïdienne une plaque muqueuse ovale exulcérée, située sur le bord libre et la face supérieure ; 3<sup>o</sup> entre ces deux lésions une saillie en éperon, formée par l'épais-

sissement hyperplasique de la muqueuse, plus prononcé en ce point que partout ailleurs.

(Traitement : 2 cuillerées de sirop de bi-iodure ioduré, 1 gr. d'iod. de potassium.)

9 février. Pas de traitement local. Mêmes lésions en voie de guérison. Épaississement de la corde vocale gauche.

La laryngopathie était déjà ancienne, puisqu'elle datait de 7 mois 1/2 quand nous avons pratiqué l'examen laryngoscopique. Aussi deux des plaques muqueuses avaient alors produit, l'une une ulcération avec perte de substance, l'autre une exulcération ovalaire. Quant à la troisième lésion, elle ressemblait beaucoup à celle de l'observation précédente et on peut lui appliquer les mêmes réflexions.

Quoique la laryngopathie dans le fait suivant ne remontât qu'à 20 jours, il existait déjà une plaque muqueuse érodée et un condylome, ce qui prouve bien que le processus de chaque lésion varie dans de très-larges limites et n'est soumis à aucune règle fixe. Pourtant le malade avait subi, dès les premiers jours de l'accident primitif, un traitement mercuriel énergique. Néanmoins la santé générale fut fortement éprouvée par l'invasion des accidents consécutifs, et la laryngopathie se manifesta dès la 7<sup>e</sup> semaine du chancre.

#### OBSERVATION VII.

Sept semaines après l'accident primitif, apparition d'une laryngopathie légère et indolente, au milieu de troubles constitutionnels sévères, caractérisée à son 20<sup>e</sup> jour par les lésions suivantes : rougeur et épaississement de l'épiglotte et du bord adhérent des cordes vocales; plaque muqueuse érodée sur la face supérieure et sur le bord libre de la corde vocale gauche; condylome syphilitique dans l'angle des deux cordes.

L... (Adolphe), 23 ans, entré à l'hôpital du Midi, salle 8, n° 17, le 7 décembre 1872, se portait habituellement bien et n'avait jamais eu aucune maladie vénérienne, lorsque le 1<sup>er</sup> novembre 1872, il éprouva une douleur vive du prépuce, bientôt suivie d'inflammation balano-préputiale et

de phimosis. Il vivait depuis longtemps avec la même femme et ne voyait qu'elle. Adénopathie bi-inguinale spécifique.

Au bout de trois semaines, il eut un peu de fièvre, de la céphalée et des étourdissements. Dès son entrée, on le soumit au traitement hydrargyrique (liqueur de van Swieten). Peu de temps après, apparition des troubles constitutionnels, roséole à petites papules.

Vers les derniers jours de décembre (7<sup>e</sup> semaine de l'accident primitif), la voix commença à s'altérer sans qu'il y eût douleur dans le larynx. Peu à peu la voix s'enroua de plus en plus et l'organe devint sensible pendant la phonation et la déglutition.

Le 9 janvier 1873 (9<sup>e</sup> semaine du chancre), le malade présentait l'état suivant : Petites plaques muqueuses sur les amygdales ; rougeur diffuse de l'isthme et de la paroi postérieure du pharynx.

Amaigrissement très-notable, troubles constitutionnels, fièvre, céphalée. Balano-posthite persistante très-inflammatoire et excessivement douloureuse, causant de l'insomnie ; des sueurs froides réagissant sur la santé générale d'une façon tout à fait inusitée. Adénopathie bi-inguinale énorme ; adénopathie cervicale ; éruption papuleuse sur le tronc en voie de guérison. (Traitement : 0,09 c. de protoiodure ; 1 gr. d'iod. de potas. ; cataplasmes, bains, etc.) Laryngopathie légère et indolente.

Examen laryngoscopique impossible.

Le 16 janvier, endolorissement et tuméfaction du cou au niveau des amygdales et à la nuque. Fièvre, herpès labialis. Pas de plaques muqueuses ; gêne et douleur pendant la déglutition ; douleur à la pression au niveau de la partie supérieure du larynx.

Le 25 janvier 1873, douleurs très-vives dans tout le côté droit de la tête, principalement dans la sphère de distribution de la branche supérieure du maxillaire, revenant sous forme de paroxysmes, avec éblouissements et vertiges, beaucoup plus violents la nuit que le jour.

Examen laryngoscopique : Cordes vocales inférieures un peu épaissies, surtout celle de droite, qui vibre un peu

moins que la gauche. Sur la corde vocale inférieure droite, dans sa portion ligamenteuse et en avant, petite plaque muqueuse ovale de 1/2 centimètre de longueur, entourée d'une zone opaline.

Troubles fonctionnels toujours à peu près les mêmes.

Le jour suivant, l'examen laryngoscopique fut répété et fit constater l'état suivant : L'épiglotte est épaissie, d'un rouge diffus et sombre ; les cordes vocales supérieures n'offrent rien de particulier ; le long du bord adhérent de la corde vocale droite, rougeur et épaississement ; sur les autres points, marbrure blanche et rouge ; le bord libre est d'un blanc mat, d'aspect rugueux.

Sur la corde vocale gauche, exactement au niveau de l'attache antérieure, érosion superficielle et ovale d'environ 4 à 5 millimètres de longueur, de largeur un peu moindre, occupant la face supérieure et le bord libre. Partout ailleurs cette corde est d'un blanc mat et n'offre rien de particulier. Dans l'angle antérieur des cordes vocales existe une petite élévation rouge, arrondie, du volume et de l'aspect d'une des papilles de la base de la langue.

Même état général et fonctionnel.

30 janvier (11<sup>e</sup> semaine du chancre). L'enrouement est toujours le même. La céphalée a un peu diminué.

2 février. Encore quelques céphalées nocturnes ; la syphilide papuleuse diminue ; douleurs dans le genou et dans le coude droit ; enrouement peu considérable. Épaississement et rougeur uniforme de l'épiglotte avec rugosité sur son bord libre ; rougeur morbide des deux cordes vocales, mais surtout de la droite.

Ici la forme condylomateuse ou végétante était plus accentuée que dans les deux observations précédentes.

Quant à la laryngopathie envisagée dans son ensemble et dans ses rapports avec les autres manifestations de la syphilis, nous n'avons à faire remarquer qu'une chose, c'est qu'elle était légère, indolente, et relativement beaucoup moins grave que les troubles constitutionnels et que les autres déterminations syphilitiques.

Nous faisons rentrer dans la première section des laryngo-

pathies le cas suivant, bien que l'existence des plaques muqueuses nous ait paru douteuse. Il offre quelque intérêt, parce que l'examen laryngoscopique a eu lieu à une époque très-rapprochée du début de l'affection, le 10<sup>e</sup> jour. La détermination syphilitique était surtout hypérémique et inflammatoire; elle occupait plutôt la portion susglottique de l'organe que les cordes vocales inférieures. Celles-ci, cependant, étaient rugueuses et d'aspect ulcéreux. Malheureusement nous avons perdu le malade de vue presque aussitôt après son entrée, et nous n'avons pas pu constater sous quelle forme se serait traduit plus tard ce processus primitivement diffus.

#### OBSERVATION VIII.

Au 65<sup>e</sup> jour de chancre infectant, laryngopathie légère et indolente survenue en même temps que des accidents syphilitiques cutanés et muqueux de moyenne intensité. Lésions constatées vers le 10<sup>e</sup> jour de la laryngopathie: hypertrophie et inflammation des deux cordes vocales supérieures, surtout de la gauche; rugosités et aspect ulcéreux des deux cordes vocales inférieures.

D..... (Hippolyte), âgé de 30 ans, plombier, entré le 29 janvier 1873, salle 8, n° 29, à l'hôpital du Midi, se porte habituellement bien et n'a eu jusqu'ici, pour toute maladie, qu'une pleurésie simple en 1871. Il ne fait pas d'excès de vin, fume modérément et n'est pas sujet à s'enrhumer.

Vers le milieu de novembre 1872, apparition de deux chancres infectants, l'un sur le pubis, l'autre sur le fourreau, contractés avec une femme qu'il voyait habituellement.

Le 24 novembre il entrait dans le service de M. Mauriac, et était soumis à un traitement hydrargyrique. Vers le 20 décembre (35<sup>e</sup> jour du chancre), croûtes dans les cheveux, et éruption d'une roséole papuleuse discrète partout, excepté sur les flancs où elle est confluyente. Le 10 janvier 1873 (55<sup>e</sup> jour du chancre), angine spécifique. Le traitement n'a jamais été interrompu.

Vers le 20 janvier (65<sup>e</sup> jour du chancre), la voix devient, sans aucune cause occasionnelle appréciable, moins nette,

moins claire, puis, au bout de 8 à 10 jours, tout à fait enrouée; picotements laryngés sans toux. Douleur pharyngienne se propageant dans les oreilles; un peu de dysphagie. Jamais aucune réaction fébrile, ni de catarrhe aigu laryngo-trachéal.

État du malade le 29 janvier 1873 (2<sup>e</sup> mois 1/2 de la syphilis, 10<sup>e</sup> jour de la laryngopathie). Cicatrices rouges indurées des deux chancres infectants. Adénopathie bi-inguinale, spécifique.

La syphilide du tronc et des membres est constituée par de petites papules entourées d'une aréole inflammatoire d'un rouge vif, et surmontées d'une vésicule ombiliquée, contenant un liquide clair et recouvrant une petite ulcération superficielle. Les papulo-vésicules se présentent à toutes les phases de leur processus; les unes viennent de naître, les autres sont à peu près guéries, la plupart sont en pleine efflorescence. Dans les plus anciennes on trouve que l'ulcération cicatrisée est recouverte d'une croûte épidermique qui leur donne l'apparence de papulo-squames. La santé générale n'a jamais été troublée. — Tuméfaction et rougeur de l'isthme. Les deux piliers décrivent une parabole régulière, recouverte d'exsudations grisâtres et enchâssant des amygdales tuméfiées et parsemées de plaques muqueuses. Pas de sensibilité à la pression du larynx. Pas de douleurs en respirant, ni en avalant. Voix enrouée mais non déchirée, ni cassée. Troubles fonctionnels indiquant un degré modéré de laryngopathie syphilitique.

Le 30 janvier, l'examen laryngoscopique permet de constater les lésions suivantes : Hypertrophie inflammatoire considérable de la corde vocale supérieure gauche; à droite, la lésion est beaucoup moins prononcée. Le repli thyro-aryténoidien est rouge, boursoufflé, et recouvre en partie la corde vocale inférieure correspondante.

2 février. Voix un peu plus claire, rugosités d'aspect ulcéreux des deux cordes vocales inférieures. Inflammation considérable des deux cordes vocales supérieures.

Ici, comme dans plusieurs autres cas, le traitement a été commencé presque dès le début des chancres, et continué sans interruption pendant plus de deux mois. Mais le mer-



cure ne paraît avoir eu aucune action préventive sur la laryngopathie, ni pour en retarder l'apparition puisqu'elle s'est manifestée au 65<sup>e</sup> jour de l'accident primitif, ni pour en diminuer l'intensité puisqu'elle a présenté, comme troubles fonctionnels et comme lésions, une moyenne d'intensité qu'on observe aussi bien chez les malades non traités que chez ceux qui ont été soumis à la médication hydrargyrique.

Dans les deux observations suivantes, outre l'intérêt que présentent les lésions laryngées et les autres accidents de la syphilis, on trouvera le fait curieux d'un processus syphilitique grave subitement arrêté et rapidement guéri par une action fébri-phlegmasique violente qui a exercé son influence curative aussi bien sur la laryngopathie que sur les autres manifestations de la syphilis (1).

#### OBSERVATION IX.

Au 4<sup>e</sup> mois d'une syphilis sévère, caractérisée par la confluence et l'opiniâtreté des plaques muqueuses de l'anus, des bourses, de la gorge et de la bouche, apparition d'une laryngopathie indolente, avec aphonie, présentant au 30<sup>e</sup> jour de sa durée : rougeur foncée uniforme de toute la portion susglottique du larynx ; épaississement et marbrure des deux cordes vocales inférieures ; ulcération de la corde vocale inférieure gauche. Guérison complète de cette laryngopathie en quelques jours, par une violente angine inflammatoire avec fièvre.

R... (Charles), 19 ans, maçon, entré le 22 octobre 1872 à l'hôpital du Midi, dans le service de M. Mauriac, salle 8, n<sup>o</sup> 17, jouissait habituellement d'une bonne santé et n'avait eu aucune maladie vénérienne, lorsque, après une continence d'un mois, il eut des rapports, vers le 3 août 1872, avec une coureuse de Boulogne-sur-Seine. Quinze jours après, apparition d'un chancre infectant balano-préputial compliqué de phimosis. Deux mois après le début du chancre, vers le 20 octobre, accidents consécutifs : roséole papuleuse, maux de tête, étourdissements, courbature, fièvre. Ce malade

(1) Voyez, sur cette question, le travail de l'un de nous, Mauriac, intitulé : *Mémoire sur l'influence curative de l'érysipèle dans la syphilis* (Librairie Delahaye, Paris, 1873.)

fut soumis au traitement spécifique dès son entrée. Vers le 5 novembre (2 mois 1/2 après le début du chancre), plaques muqueuses confluentes sur les bourses et à la partie intérieure des cuisses. Quelques-unes conglomérées se sont converties en une vaste exulcération. Sécrétion infecte, opiniâtreté de cette lésion qui résiste pendant longtemps à un traitement local énergique.

Les autres accidents consécutifs, sauf ces plaques muqueuses, avaient complètement disparu depuis plusieurs jours, lorsque, vers la fin de décembre 1872 (3<sup>e</sup> mois du chancre), les lèvres se couvrirent de plaques muqueuses. En même temps survint un enrrouement qui allait presque par moments jusqu'à l'extinction de voix. Douleur légère au niveau du larynx, difficulté très-grande de la déglutition. Le traitement général n'avait pas été interrompu un seul instant.

État du malade le 9 janvier 1873 (5<sup>e</sup> mois du chancre, 10<sup>e</sup> ou 15<sup>e</sup> jour de la laryngopathie). Un peu d'amélioration du côté du larynx ; moins de douleur en parlant et en mangeant. Rien sur la peau. Balano-posthite et plaques muqueuses glando-préputiales. Le périnée est couvert de papules confluentes végétantes, à sécrétion abondante. C'est une nouvelle poussée, aussi forte que la première, qui n'a jamais été du reste entièrement guérie. Il n'existe aucune circonstance étiologique locale de nature à expliquer la persistance si singulière de ces papules périnéo-fémorales. Aucun trouble de la santé générale. Plaques muqueuses opalines, saillantes, confluentes sur les deux lèvres ; quelques-unes sont ulcérées. Plaques muqueuses sur les deux piliers antérieurs et sur le bord libre du voile du palais (Cautérisation, 0,06 c. de proto., bains, etc.). Le larynx a été touché le 2 janvier avec une solution iodée légère. L'examen laryngoscopique a été très-imparfait jusqu'ici.

Le 16 janvier, la voix était plus enrrouée, presque éteinte, la déglutition très-difficile. Les plaques muqueuses des lèvres, du pharynx et les papules périnéo-fémorales ne cèdent nullement aux cautérisations répétées. Il est extrêmement rare de voir ces lésions qui guérissent d'ordinaire très-facilement sous l'influence d'une médication appropriée, présenter

une pareille opiniâtreté. Ce fait est tout à fait exceptionnel.

Le 24 janvier (30<sup>e</sup> jour de la laryngopathie), l'examen laryngoscopique donna les résultats suivants : Les deux cordes vocales inférieures présentent une coloration marbrée et sont épaissies. Vers le bord libre de la corde vocale gauche, l'épaississement est plus considérable que dans le reste de son étendue, et on y voit, au point de réunion de la glotte inter-aryténoïdienne et de la glotte inter-ligamenteuse une perte de substance nettement accusée de 3 à 4 millimètres d'étendue, et à bords déchiquetés. Pharynx, épiglotte, et entrée du larynx d'un rouge foncé uniforme. Tuméfaction et rougeur générale de l'isthme. Sur le pilier gauche, petite échancrure ulcérée avec trainée blanche périphérique.

Le 26 janvier, le malade fut pris d'une amygdalite inflammatoire des plus violentes avec fièvre, prostration des forces, menace d'asphyxie, impossibilité d'avaler et d'ouvrir la bouche, voix nasonnée, gonflement énorme des deux amygdales qui obstruaient presque complètement l'isthme du gosier.

Le 3 février, cette angine était à son minimum d'acuité : réaction générale violente. Agitation excessive, délire pendant la nuit, turgescence violacée de la face.

Le 5 février (42<sup>e</sup> jour du début de la laryngopathie), il survint une grosse tuméfaction ganglionnaire sur les côtés du cou, un peu en arrière des amygdales, accompagnée d'un empâtement diffus du tissu cellulaire ambiant. Douleur vive à ce niveau. Déglutition toujours extrêmement difficile, impossibilité d'explorer la gorge.

Les jours suivants, l'état général s'améliora progressivement, mais l'agitation avec délire nocturne persista quelque temps. Enfin, vers le 8 ou le 10, les phénomènes locaux s'améliorèrent; la déglutition devint possible. La tuméfaction latérale du cou s'affaissa et le malade entra franchement en convalescence.

Le 15, il était complètement guéri. Or, chose remarquable, cette fièvre angineuse avec détermination inflammatoire si violente sur les deux amygdales avait fait disparaître avec une merveilleuse rapidité toutes les manifestations syphilitiques que présentait le malade au moment de son invasion.

Et cependant toute médication spécifique avait été interrompue depuis le début de cette angine. Ces plaques muqueuses si opiniâtres, si rebelles au traitement général et local qui siègent à l'anus et au périnée, qui recouvraient les deux lèvres et l'isthme du gosier, étaient en pleine activité au moment où survint l'angine. Eh bien, quinze jours après, sans qu'on y eût touché, sans même qu'on y eût fait le plus petit pansement, elles avaient complètement disparu. Mais phénomène encore plus curieux, la voix était revenue à son état normal, claire, bien timbrée, en possession de toutes ses notes; et quand l'examen laryngoscopique fut pratiqué, on constata une absence de toute lésion dans l'intérieur de la cavité laryngée. Quant à la santé générale, elle sortit de cette épreuve meilleure qu'auparavant. En un mot, vers le milieu du mois de février, il n'existait aucune manifestation syphilitique soit sur la peau, soit sur les muqueuses, soit sur d'autres parties du corps.

L'examen laryngoscopique pratiqué le 20 février n'a fait constater aucune lésion dans la cavité laryngée. La voix est revenue telle qu'elle avait été avant l'attaque de la laryngopathie : le malade chante toute la journée.

Le 22 février (6<sup>e</sup> mois du chancre), retour d'une plaque muqueuse sur la joue gauche.

1<sup>er</sup> mars (6<sup>e</sup> mois du chancre), plusieurs plaques muqueuses sont déjà revenues sur les joues et les lèvres, mais l'isthme du gosier, les cordes vocales et la région ano-génitale ne présentent encore aucune nouvelle poussée de cet accident syphilitique. Santé générale excellente.

Le côté remarquable de cette syphilis envisagée dans l'ensemble de ses manifestations, c'est la confluence, la généralisation, l'opiniâtreté, la tendance aux récides, la résistance aux médications générales et locales des plaques muqueuses. Il y en a eu plusieurs poussées successives; la laryngopathie est survenue en même temps que la deuxième. Les lésions qui la constituaient étaient loin d'être relativement aussi accusées que celles qui occupaient la cavité buccale et l'isthme du gosier. Elles consistaient en une petite ulcération consécutive, sans doute en une plaque mu-

queuse et en un érythème de l'épiglotte et de la portion sus-glottique du larynx. Les troubles fonctionnels étaient plus prononcés que les lésions.

Toutes ces manifestations ont disparu comme par enchantement à la suite d'une angine inflammatoire et fébrile. Ce fait est remarquable surtout par la laryngopathie dont la marche est essentiellement chronique, la durée très-longue et qui ne se laisse influencer que très-peu par le traitement général et par les médications locales.

Dans le cas suivant, la syphilis fut beaucoup plus sévère, presque maligne, et il se produisit peu à peu, au 6<sup>e</sup> mois de la maladie, une laryngopathie à peu près semblable à toutes les autres comme troubles fonctionnels, mais remarquable par la multiplicité et la netteté des plaques muqueuses situées sur les cordes vocales supérieures.

C'est par cette observation que nous devons clore la série des laryngopathies à plaques muqueuses, parce qu'elles offrent toutes les variétés de cette lésion.

#### OBSERVATION X.

Au 6<sup>e</sup> mois d'une syphilis très-grave, à forme ulcéreuse, apparition progressive d'une laryngopathie indolente, au milieu d'une poussée d'accidents consécutifs variés, siégeant sur la peau et les muqueuses.

Au 28<sup>e</sup> jour de sa durée, cette laryngopathie était constituée par les lésions suivantes : plaques muqueuses, confluentes, dont quelques-unes profondément exulcérées sur les deux cordes vocales inférieures.

Au 48<sup>e</sup> jour de la laryngopathie, érysipèle fébrile grave qui guérit, en un ou deux septénaires, toutes les lésions syphilitiques y compris les plaques muqueuses des cordes vocales.

G... (Jean), âgé de 28 ans, employé d'octroi, tempérament lymphatique, constitution bonne, entré le 3 janvier 1873, salle 8, n<sup>o</sup> 5.

Ce malade a eu une syphilis des plus graves, de forme ulcéreuse. — La verge a été en partie détruite par des

(1) Voyez pour plus de détails sur ce sujet le travail cité ci-dessus, pages 27 et 34.

ulcérations consécutives. C'est pour la troisième fois qu'il revient à l'hôpital.

Au moment de son entrée, 6<sup>e</sup> mois de la syphilis, il avait la voix un peu enrouée; elle était moins nette que d'habitude depuis sa seconde sortie. — Vers le 7 janvier 1873, elle est devenue tout à fait éraillée, enrouée, presque éteinte.

Aujourd'hui, 9 janvier, on l'entend à peine, il est obligé de faire de grands efforts et ne peut articuler ni sons bas, ni sons aigus. Pas de douleur locale, pas de douleur à la pression ni en parlant ni en avalant, pas de déviation des aliments.

La face interne des joues, surtout de la joue droite, est couverte de plaques muqueuses ulcérées extrêmement douloureuses, avec congestion et tuméfaction de la muqueuse. Il y a trois mois qu'elles existent. Plaques opalines peu nombreuses sur les piliers, rien dans le pharynx. Lèvres épaissies, ulcérations aux commissures, papules plates en voie d'ulcération sur la lèvre supérieure et au pourtour des ailes du nez.

Les oreilles sont très-malades. Le conduit auditif externe est rempli de plaques syphilitiques confluentes, ulcérées; ecthyma, eczéma; lésion de l'ouïe dépendant de l'obstruction du conduit auditif externe.

Un vésicatoire appliqué sur le bras, par un autre médecin, ne s'est pas ulcéré; quelques papules et quelques tubercules sont disséminés sur les bras. La verge n'est pas encore cicatrisée.

Cicatrices nombreuses des anciennes syphilides, circulaires et blanches circonscrivant un point d'un rouge sombre, entourées d'une zone également rouge, mais moins sombre.

Quelques pustules d'ecthyma, ulcération profonde, larges comme une pièce de 1 franc, sur la cuisse droite.

Santé générale bonne. Aucun phénomène hectique (prend 0,06 de protoiodure et 6 grammes d'iod.).

12 janvier (28<sup>e</sup> jour environ de la laryngopathie). Examen laryngoscopique.

*Corde vocale droite.* — Son bord libre est normal dans

son tiers antérieur; mais, à partir du point de réunion du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs, on voit deux ou trois plaques muqueuses se confondant l'une dans l'autre et dont la plus postérieure est particulièrement accusée. Cette dernière est profondément exulcérée; les deux premières n'offrent qu'une érosion superficielle. La plaque muqueuse ulcérée correspond à une ulcération analogue moins prononcée, siégeant au même point sur la corde vocale du côté opposé. Lorsque le malade rapproche les deux cordes vocales en produisant un son, il y a une goutte de pus blanc et épais qui fait une sorte de pont de réunion entre les deux plaies opposées.

Dans le reste de leur étendue, les deux cordes vocales sont marbrées, c'est-à-dire alternativement rouges et blanches; elles sont à peine plus épaisses qu'à l'état normal. La muqueuse, dans le reste de la cavité laryngée, sauf une injection généralisée, n'offre rien de remarquable.

Le 30 janvier, l'examen laryngoscopique fit constater sur les deux cordes vocales inférieures à peu près les mêmes lésions : Plaques muqueuses, les unes érodées, les autres ulcérées, d'autres un peu végétantes, mais toutes très-caractéristiques, accompagnées d'un épaississement opalin périphérique de l'épithélium, et d'un boursofflement de tout le bord libre de cet organe. La voix était complètement éteinte depuis deux jours, sans qu'il fût survenu aucun accident aigu du côté du larynx.

Tel était l'état des choses, lorsque, le 1<sup>er</sup> février (six mois et demi après le début de la syphilis, au 48<sup>e</sup> jour de la laryngopathie), survint un érysipèle de la face, excessivement violent, accompagné d'une réaction fébrile générale des plus véhémentes. Après une durée de quinze jours environ, cet érysipèle guérit, et il fit disparaître comme par enchantement toutes les lésions syphilitiques inutilement traitées depuis longtemps par le mercure et l'iode de potassium. La voix, qui était éteinte le 1<sup>er</sup> février, était devenue, le 14, nette et facile; l'examen laryngoscopique fit constater l'absence de toute plaque muqueuse sur les cordes vocales; elles ne présentaient plus qu'un peu de rougeur.

Cette observation peut se passer de commentaires. Elle est assez claire et assez nette par elle-même. Ceux qui voudraient se donner la peine de la lire attentivement en comprendront toute l'importance, soit au point de vue de la pathologie syphilitique du larynx, soit au point de vue de l'action curative de l'érysipèle sur toutes ces graves manifestations de la syphilis.

---

## DE LA RHINITE CHRONIQUE ET DE SON TRAITEMENT PAR LA PULVÉRISATION.

Par M. le docteur **Émile Tillot**.

Depuis le coryza chronique simple, caractérisé par de l'enchifrènement habituel, du prurit dans le nez ou la fréquence des éternuements, jusqu'à l'ozène franc, accompagné ou non d'ulcères étendus, mais caractérisé surtout par l'odeur sui generis, *odeur de marécage*, il existe dans l'inflammation chronique des fosses nasales bon nombre d'états intermédiaires sur lesquels il y a peut-être encore quelque chose à dire. Autrefois, on se préoccupait surtout du coryza chronique avec ou sans ulcérations, mais surtout de celui qui s'accompagnait de fétidité de l'air expiré par le nez. Les travaux de Cazenave, de Trousseau ont éclairé jusqu'à un certain point la question, mais ce n'est que depuis que nous avons entre les mains un instrument dilatateur des fosses nasales que l'on sait réellement à quoi s'en tenir sur les lésions des parties profondes du nez. Ce qui le prouve, c'est que la plupart des auteurs qui ont traité du sujet dont nous nous occupons parlent surtout des ulcérations placées à la partie antérieure de la pituitaire. Il y a une douzaine d'années encore, on diagnostiquait un ozène à l'écoulement mucoso-purulent, à l'écrasement du nez et surtout à l'odeur de l'air qui sortait des fosses nasales; mais ce n'était que dans des cas rares, lorsque les narines étaient très-évasées, que les malades avaient perdu une partie de leur nez, ou que des ulcérations profondes, comme dans le lupus scrofuleux ou syphilitique,



ayant détruit une partie de la cloison, permettaient de plonger profondément dans l'intérieur des fosses nasales; ce n'est que dans ces conjonctures que l'on pouvait connaître exactement les lésions de la pituitaire et des tissus sous-jacents; or ces cas-là ne sont pas les plus communs, et dans les circonstances ordinaires de coryza chronique sans ulcération extérieure, lorsqu'on se contentait de renverser la tête du malade en arrière, qu'on entrouvrait ses narines avec une pince à pansements, ou bien qu'on examinait l'intérieur du nez avec le spéculum *auris*, on avait de la peine à découvrir les lésions situées profondément dans les fosses nasales, et on était disposé assez facilement à accepter l'existence d'ulcérations, même sans les voir, lorsqu'il y avait un écoulement catarrhal intense et surtout de la fétidité de l'haleine nasale. A présent, le diagnostic est grandement facilité, et les moindres lésions de l'intérieur du nez apparaissent aussi visibles que celles du pharynx. Grâce au spéculum *nasi*, imaginé par le docteur Duplay, qui est maintenant entre toutes les mains, grâce aussi à l'application des réflecteurs fixes ou montés sur des branches de lunettes, on sait maintenant à quoi s'en tenir sur les lésions d'une grande partie de la surface de la pituitaire; la rhinoscopie postérieure présente aussi de grands avantages dans les affections des fosses nasales, mais c'est une méthode plus difficile à employer et qui détermine souvent de la révolte chez certains malades; nous pensons que le spéculum de Duplay, bien manié, éclairé par le réflecteur, surtout lorsqu'on peut disposer de la lumière solaire, permet dans la plupart des cas de se dispenser de l'emploi du rhinoscope; ce dernier instrument, qui permet de voir l'embouchure des trompes d'Eustache, est surtout utile lorsqu'il y a complication de surdité.

Mais à présent même que cette question du diagnostic est élucidée, à présent qu'on reconnaît presque entièrement sur le vivant les lésions de la rhinite chronique, la thérapeutique est-elle aussi avancée? Hélas! non, il faut bien l'avouer. Étant donnée une rhinite chronique, quels que soient ses symptômes, légers ou sérieux, gêne simple ou écoulement

fétide, il n'est pas pour ainsi dire plus aisé de la guérir; le spéculum *nasi* permet bien de voir les ulcérations et d'y appliquer directement des modificateurs ou des caustiques, mais les ulcérations sont, comme nous l'avons dit, plus rares qu'on ne le suppose, et les cautérisations agissent-elles d'une façon certaine sur la muqueuse pour en modifier la sécrétion? On sait que le traitement le plus habituellement recommandé contre l'ozène repose sur les injections, et surtout sur les grandes douches désinfectantes ou substitutives. Est-ce la faute des malades qui n'apportent pas assez de persévérance dans l'emploi des moyens conseillés? Ce qui est certain, c'est que les cas d'ozène réfractaires à cette médication si rationnelle sont encore bien nombreux, et pour ma part j'ai vu déjà une assez grande quantité de personnes traitées de la sorte sans grand bénéfice au point de vue de leur maladie, pour croire qu'une nouvelle médication peut être instituée avec avantage dans les cas rebelles. J'ai pensé aussi qu'en joignant à l'usage de ces douches à *grande volée* un genre de balnéation nouvelle, on pourrait obtenir des effets plus durables. A cet effet, j'ai associé aux douches le procédé de la pulvérisation, et j'ai employé comme médicament une eau minérale naturelle qui, par ses propriétés légèrement astringentes et cicatrisantes, était indiquée pour combattre les lésions d'une muqueuse aussi vasculaire que la pituitaire.

Mon intention, dans cette note, est donc d'insister sur un nouveau mode d'application d'une eau minérale au traitement du coryza chronique, avec ou sans ulcération, en faisant précéder le chapitre thérapeutique de quelques considérations sur les symptômes et le diagnostic de la maladie qui nous occupe.

Trouvant très-bonne la division établie par le docteur Duplay, dans l'excellent chapitre qu'il a consacré dans sa pathologie chirurgicale au coryza chronique (1), c'est-à-dire coryza chronique simple, sec ou humide, et coryza ulcéreux, je me permettrai seulement d'insister sur quelques particularités du coryza chronique simple.

(1) *Traité élémentaire de pathologie externe*, par Follin et S. Duplay, p. 790 et suiv.

C'est une affection qui est, en général, laissée de côté dans les traités de pathologie, et cependant il y a des variétés de cette maladie, fort bénigne en apparence comme en réalité, qui font le désespoir des malades. J'ai vu bon nombre de personnes qui se plaignent, ou d'un enchièvrement continu, ou d'un léger chatouillement provoqué par la présence d'une ou plusieurs pustules siégeant sur la cloison, ou bien à l'entrée des narines et placées à la base d'un poil. La démangeaison augmente, le malade tire les poils de la narine, il se forme une exulcération, puis une croûte et la maladie s'éternise; chez quelques individus l'affection de la muqueuse s'accompagne de rougeur de la sous-cloison ou du bout du nez; cette circonstance, insignifiante en apparence, acquiert cependant de l'importance quand le sujet est jeune, ou bien qu'il s'agit d'une femme ou d'une jeune fille. Quelquefois l'entretien de cette pustule est dû à l'habitude de priser, mais le plus souvent elle est le symptôme d'une diathèse plus ou moins accusée dans l'organisme: scrofule, arthritisme ou herpétisme. Je rapporte plus loin l'observation d'un monsieur qui présentait différentes manifestations herpétiques, telles que de la blépharite et de l'eczéma, et qui, depuis dix ans, est atteint d'une inflammation toujours très-modérée de la partie antérieure des fosses nasales, avec rougeur du bout du nez et de la sous-cloison. Dans quelques circonstances, l'érythème des narines ou de la sous-cloison s'accompagne de fissures, de crevasses, qui deviennent une nouvelle cause d'ennui et de gêne, en obligeant le malade à prendre des précautions continuelles lorsqu'il veut se moucher, ou bien en causant un sentiment de brûlure fort pénible.

Si l'affection occupe la partie postérieure des fosses nasales, elle détermine une sensation de gonflement et de malaise profond; le malade éprouve le besoin de faire mouvoir sa pituitaire, et comme dans l'angine glanduleuse, le patient cherche à gratter en quelque sorte sa muqueuse et produit ces bruits particuliers auxquels les Anglais ont donné le nom de *hemming* et de *hawking*, de même celui qui est atteint de rhinite de la partie profonde des fosses nasales, se gratte,

pour ainsi dire la muqueuse à l'aide d'un mouvement du fond du nez et des narines; ce mouvement particulier s'accompagne d'un bruit spécial, dont l'onomatopée *tum* peut donner une idée assez grossière; bien que ce bruit ne soit pas aussi fréquent que le *hem* ou le *hawk*, il n'en existe pas moins, et on rencontre bon nombre d'individus qui trahissent par ce bruit nasal l'infirmité dont il s'agit; en revanche les personnes atteintes de coryza chronique simple, de cette variété qui nous occupe maintenant, tiennent souvent la bouche ouverte la nuit, ronflent en dormant, et pendant le jour font entendre un bruit nasal assez désagréable pour incommoder leurs proches voisins; dans les pensions et les collèges, on remarque les enfants atteints de cette infirmité; c'est ainsi que je me souviens, en pension, avoir eu pour voisin de table un camarade atteint de coryza chronique sans ozène, c'est-à-dire sans fétidité, mais probablement avec épaissement de la pituitaire, et que nous avions surnommé *le souffleur* à cause du bruit qu'il faisait avec son nez en respirant.

Il y a, comme on le sait, bien des cas de rhinite chronique, qui ne sont autre chose que l'extension d'un eczéma ou d'un sycosis de la lèvre supérieure à la pituitaire; il est vrai par contre que ce sycosis, lorsqu'il n'est pas parasitaire, est quelquefois dû lui-même à l'irritation produite par l'écoulement, qui des fosses nasales vient à tomber sur les poils, et de là sur la peau sous-jacente; mais, quelle que soit la cause de ce coryza chronique, je tenais surtout à appeler l'attention sur une affection légère, qui souvent dégénère en infirmité, et qui n'ayant rien de notable au point de vue de l'anatomie pathologique, est intéressante comme symptomatologie.

La variété de rhinite qui nous occupe en ce moment me paraît plus fréquente chez l'adulte, tandis que le coryza chronique avec écoulement abondant serait plutôt une maladie de l'enfance ou de la jeunesse; elle nous paraît aussi se développer principalement chez les arthritiques; cette remarque a du reste été déjà faite par Joseph Frank dans son traité de pathologie interne. « En effet, dit cet auteur, le coryza négligé chez un sujet atteint d'arthritisme dégénère quelquefois

en ozène ; nous avons vu aussi les dartres du scrotum dissipées sans précaution se porter sur la membrane pituitaire ; la partie affectée était devenue le siège de prurit, de rougeurs, de pustules miliformes qui gagnaient la lèvre supérieure et répandaient une odeur fétide (1). Cette coexistence d'affections cutanées et d'une maladie de la pituitaire a été signalée par Trousseau ; seulement cet éminent clinicien insistait surtout sur les cas où il y avait des pustules à l'entrée des fosses nasales ; n'ayant pas d'instrument suffisant pour bien voir l'intérieur du nez, il n'était disposé à invoquer la diathèse dartreuse que dans les cas où l'affection éruptive de la muqueuse était apparente.

Cette extension des dartres à la pituitaire a été signalée aussi par l'auteur de l'article du *Dictionnaire* en 60 volumes ; dans ces cas-là, il recommande l'emploi des eaux sulfureuses, et notamment de l'eau de Barèges.

D'après les écrivains qui se sont occupés du coryza chronique et aussi d'après notre expérience personnelle, la rhinite chronique simple est surtout caractérisée par de la rougeur, tirant parfois sur le violet ; dans d'autres cas, par un aspect grisâtre de la muqueuse qui la fait ressembler à un tissu organique macérant depuis quelque temps dans l'eau, par l'épaississement de la pituitaire qui est parfois mamelonnée, d'autres fois comme villieuse, et présente çà et là de petites pustules, des vésico-pustules ou des érosions et même des exulcérations ; quant aux pustules qui se rencontrent sur la muqueuse, elles sont placées surtout à l'entrée des narines là où il y a des poils, et ressemblent à celles du sycosis ou de l'acné ; tandis que sur la cloison les pustules seraient le plus souvent remplacées par de petites vésico-pustules auxquelles succèdent des exulcérations ; dans quelques circonstances, ces vésico-pustules sont recouvertes par des croûtes épaisses, rocheuses, et j'ai été plus d'une fois surpris, après avoir fait tomber ces croûtes à l'aide d'injections émollientes, quand je m'attendais à trouver une ulcération profonde, de ne rencontrer qu'une vésico-pustule ou une

(1) J. Frank, *Pathologie interne*, traduction de Bayle, tome IV, p. 43.

exulcération; cette circonstance nous conduirait à penser que le nombre des cas de coryza ulcéreux a été bien exagéré, surtout avant qu'on sût éclairer convenablement les fosses nasales; la difficulté de voir des parties profondément situées faisait que lorsque l'observateur se trouvait en présence d'une croûte épaisse, rocheuse, fétide, que le malade lui apportait ou rendait sous ses yeux, il se figurait qu'il y avait une ulcération profondément cachée. Cependant il y a déjà longtemps que le docteur Cazenave a signalé ces cas d'ozène sans ulcération. Bien souvent cette rhinite simple dont nous venons de parler, caractérisée simplement par de la rougeur et de l'épaississement de la muqueuse sur laquelle se montrent des pustules ou quelques excoriations, mais sans ulcérations, s'accompagne d'une odeur des plus désagréables, odeur qu'on ne devrait rencontrer qu'avec des ulcérations; cette circonstance a été bien indiquée par Trousseau, qui insistait à ce propos sur la fétidité des exhalations cutanées ou muqueuses chez certaines gens sans qu'il y eût d'ulcération; c'est ainsi que l'haleine prend souvent une odeur désagréable chez les personnes qui ont des poussées congestives sur le pharynx ou les amygdales.

Au point de vue du pronostic, la rhinite chronique est inquiétante et pénible par ses symptômes propres et par ses symptômes indirects, tels que la rougeur du nez ou le gonflement comme hypertrophique du bout du nez; ajoutez encore les conséquences que cette affection peut avoir sur les voies lacrymales. J'ai entendu bien souvent le docteur Panas insister sur ce sujet et interroger les malades atteints d'obstruction des conduits des larmes. Dans bien des circonstances, pour cet ophthalmologiste distingué, l'irritation des muqueuses lacrymales serait consécutive à une irritation de la pituitaire, l'affection, d'après lui, procédant très-souvent de bas en haut. Pour ma part, je connais une dame un peu sourde atteinte de la variété de rhinite que le docteur Duplay appelle le coryza sec. Cette dame, qui n'est pas sujette au larmolement, est souvent affectée de picotements dans les yeux et de mucocèle.

On le voit, cette maladie, presque insignifiante dans ses

formes légères, peut avoir des conséquences assez sérieuses soit sur la muqueuse nasale, soit sur la muqueuse des voies lacrymales et des paupières.

Nous avons dit, d'après les auteurs et d'après notre expérience, que l'ozène pouvait exister sans grandes ulcérations; et c'est tellement vrai, que dans tous les ozènes que nous avons soignés à Saint-Christau, aucun ne nous a présenté d'ulcération pareille à celles qui sont décrites dans les livres. Dans un seul cas, c'était un ozène syphilitique, il y avait des ulcères multiples énormes, d'autant plus faciles à voir que l'affection avait détruit la presque totalité du nez. Eh bien, ce malade n'avait pas d'ozène à proprement parler, son haleine exhalait une odeur fade, celle du pus, mais nullement l'odeur de marécage, si caractéristique, et que j'ai rencontrée dans bien des cas sans qu'il y eût d'ulcérations étendues. On peut, il est vrai, m'objecter que, dans les cas d'ozène observés par moi, les ulcérations pouvaient occuper des parties reculées de la muqueuse, et invisibles même à l'aide du spéculum; c'est ainsi que les ulcérations dans le sinus maxillaire causent une fétidité des plus horribles, mais dans ces cas il est facile de reconnaître d'où vient le pus, par la façon dont il sort et par la déformation de la joue. Je n'ai pas eu l'occasion de traiter cette variété d'ozène, mais j'ai été à même d'observer une variété de rhinite chronique assez rare, celle du sinus frontal; dans ce cas, caractérisé par de la céphalalgie et l'écoulement intermittent d'une notable quantité d'un flux abondant, il n'y avait pas de fétidité.

Je termine ces considérations sur les symptômes de la rhinite chronique, en résumant les quelques points sur lesquels je désire attirer l'attention. La rhinite chronique, même dans sa variété la plus bénigne, est une affection désagréable par suite de la gêne, de la difformité qu'elle cause, et enfin par ses conséquences indirectes : dacryocystite, blépharite ou engorgement des voies lacrymales, et cette affection n'est, le plus souvent, que la manifestation d'une diathèse générale, extension ou commencement d'une dermatose dont on trouve des traces sur d'autres parties du corps. Dépendant souvent de la scrofule, elle peut être due

à l'herpétisme, ou, le plus souvent, n'être qu'une manifestation de l'arthritisme, ou de la scrofule et de l'arthritisme associées chez le même sujet. Enfin la rhinite chronique non ulcéreuse peut s'accompagner ou non de fétidité de l'haleine nasale. Quant à l'ozène proprement dit, il indique non pas forcément un travail d'ulcération, mais à coup sûr une sécrétion nasale abondante et la formation de croûtes plus ou moins épaisses; d'ailleurs l'intensité de l'odeur n'est pas du tout en raison de la profondeur des ulcérations; dans quelques circonstances la sécrétion est fétide, comme dans certains cas d'eczéma ou d'impetigo. On sait, en effet, que chez certains sujets ces affections s'accompagnent d'une odeur des plus repoussantes, en quelque point du corps qu'elles soient situées. C'est ainsi que l'acné *sebacea fluente* du nez détermine souvent la production d'une odeur désagréable.

De ce qui précède il résulte que dans le traitement de la rhinite chronique on doit se proposer trois buts, remplir trois indications : 1° combattre la diathèse sous l'influence de laquelle s'est montrée la maladie des fosses nasales ; 2° détruire complètement la muqueuse de ses produits de sécrétion, muco-pus et croûtes ; 3° combattre les lésions de la muqueuse. On arrive au premier résultat par une médication constitutionnelle, sulfureux ou eaux chlorurées sodiques, si la rhinite est sous la dépendance de la scrofule ; antisyphilitique, si elle est due à la vérole ; arsenicaux ou alcalins, selon qu'il y aura lieu de poursuivre une diathèse herpétique ou arthritique.

La seconde indication s'obtient par les grandes douches nasales préconisées avec tant de raison par le docteur Duplay, et si ces douches ne peuvent être supportées, par exemple quand il y a une grande tendance à l'épistaxis, il faut les remplacer par des injections avec de l'eau froide ou une eau minérale appropriée ; la troisième indication est remplie au moyen des poudres absorbantes et légèrement cathérétiques, calomel, tannin, etc., ou par l'administration de ces substances suspendues dans des liquides et employées dans des pulvérisateurs.

Les eaux minérales sulfureuses, les eaux chlorurées



sulfureuses comme Uriage, les eaux purement chlorurées comme celles de Salies de Béarn, revendent à juste titre l'ozène pour le guérir, et le docteur Coustalé de Larroque a publié dans un ouvrage sur le lymphatisme quelques observations qui démontrent l'heureux effet des eaux chlorurées de Salies contre l'ozène caractérisé, et s'accompagnant d'une grande fétidité.

Pour ma part, ayant eu à soigner, depuis quatre ans, un certain nombre de personnes atteintes de rhinite chronique avec ou sans ulcères, et ayant employé chez elles, avec grand avantage, le procédé de la pulvérisation, je terminerai ce travail par l'histoire succincte de quelques malades traités par une eau minérale qui a une composition spéciale. Auparavant, je vais indiquer très-brièvement la manière dont je procède dans la cure de la rhinite chronique et la méthode qui m'a donné les meilleurs résultats.

Quelques mots d'abord sur le médicament naturel qui m'a servi exclusivement chez tous les malades. L'eau minérale de Saint-Christau (Basses-Pyrénées), que j'ai employée à la source même dans la rhinite chronique, est une eau presque froide (14°), insipide, inodore, minéralisée principalement par le fer et le cuivre (sulfate de cuivre trois dixièmes de milligramme, sulfate de fer quatre milligrammes); elle renferme en plus de la matière organique des traces d'iode et d'arsenic. Au point de vue physiologique elle est légèrement diurétique et a sur la peau une action pathogénétique qui se manifeste par une éruption plus ou moins caractérisée d'acné ou de lichen, affectant à peu près le tiers des sujets. L'eau de Saint-Christau jouit d'une réputation locale méritée contre les dermatoses en général, mais elle agit surtout dans les affections circonscrites, humides ou ulcéreuses; elle modifie très-bien la muqueuse oculaire et palpébrale, et réussit dans bon nombre d'ophtalmies chroniques. Il n'y a guère que quatre ans que j'ai commencé à traiter la rhinite chronique à Saint-Christau, mais les résultats que j'ai obtenus sont assez nombreux et assez satisfaisants pour m'engager à continuer à soumettre mes malades au traitement que j'indique quelques lignes plus bas.

Avant de commencer le traitement de la rhinite chronique, j'ai la précaution de faire faire une injection détersive à l'aide d'un irrigateur; puis, après avoir fait asseoir la personne en face d'une fenêtre bien éclairée, je dirige les rayons du soleil sur un réflecteur concave, placé sur l'appui de la fenêtre, et je collecte ses rayons réfléchis dans le spéculum de Duplay; de la sorte, les fosses nasales sont éclairées de la façon la plus complète, et la muqueuse apparaissant avec sa couleur naturelle, la moindre lésion ne saurait échapper à une observation attentive. Le spéculum du docteur Duplay, excellent pour observer les détails de la cloison et des cornets, est remplacé par un spéculum *auris* plein pour étudier les détails du plancher des fosses nasales; ce spéculum, éclairé par la lumière réfléchie du soleil, permet de voir jusqu'à la partie supérieure du pharynx, ce qui peut avoir une certaine importance dans les cas de surdité. Je devrais aussi recourir à la rhinoscopie postérieure pour compléter mon examen, mais j'avoue que les quelques tentatives que j'ai faites pour éclairer la partie postérieure des fosses nasales, à l'aide du miroir, n'ont pas été heureuses, d'ailleurs le spéculum de Duplay, réfléchissant la lumière solaire, me paraît suffisant dans la plupart des cas de rhinite chronique avec ou sans ozène. Il est bien entendu que lorsque le soleil fait défaut, j'ai recours à une lumière artificielle qui me sert à éclairer un réflecteur fixe ou placé sur des lunettes; mais dès que la chose est possible je préfère de beaucoup la clarté du soleil, qui a surtout l'avantage de ne pas changer, comme la lumière artificielle, la couleur des organes malades; la lumière solaire n'a qu'un inconvénient, chez les personnes nerveuses surtout, c'est d'affecter désagréablement les yeux, et de produire sur le visage une sensation de chaleur assez pénible; on peut obvier au premier inconvénient en couvrant les yeux du malade avec un bandeau, et au second en prolongeant le moins possible l'examen, ou en le faisant en plusieurs fois.

L'examen dont je viens de parler est répété trois ou quatre fois pendant le cours du traitement, et permet de s'assurer du progrès de l'amélioration et de suspendre ou d'augmenter la

durée du traitement local, suivant que la muqueuse est plus ou moins irritée.

Ces notions bien établies sur les procédés destinés à faire connaître les lésions de la muqueuse, abordons maintenant le chapitre du traitement hydro-minéral. Mais, avant tout, je dois dire que les malades soignés à l'établissement thermal sont entièrement sevrés de tout autre traitement et suspendent l'usage de toutes les préparations pharmaceutiques. C'est une loi presque exclusive pour moi à Saint-Christau de n'employer de médicament que pour les affections aiguës intercurrentes, et de traiter toutes les affections chroniques par l'eau minérale seule, prise, intus et extrâ.

Je m'adresse d'abord à l'état général, par l'usage de l'eau sulfureuse du *Pêcheur*, et les bains pris dans l'eau ferrocuvreuse des *Arceaux*. Je m'occupe ensuite de l'état local, et je le combats par des inspirations d'eau des Arceaux, mais surtout par les douches et la pulvérisation ; pour les douches, on se sert des ajutages ordinaires destinés à donner des douches générales. Je fais coiffer l'extrémité de l'ajutage avec une canule en gomme élastique ; le malade, placé dans sa baignoire, introduit la canule dans la narine plus ou moins profondément, puis on ouvre la clef du robinet de la douche de façon à faire arriver le liquide avec une certaine force dans les fosses nasales. Cette opération dure de 5 à 10 minutes. Une ou deux heures après, le malade vient subir la pulvérisation ; pour cela il se place devant une table échancrée pourvue d'une cuvette de zinc, il s'entoure le cou d'un tissu imperméable, prend le tube de caoutchouc et introduit dans sa narine l'ajutage où se fait la pulvérisation, puis l'appareil pulvérisateur est mis en mouvement. Les premiers effets de cette opération, qui dure de 10 à 20 minutes, sont de produire un sentiment de suffocation ; mais la tolérance ne tarde pas à s'établir, et aux séances suivantes le patient s'habitue très-bien à cette manœuvre.

Le procédé de la pulvérisation a été, dès son origine même, appliqué par MM. Trousseau et Barthéz dans les angines et le croup. M. Réveil l'appliqua avec l'eau de Nabias au traitement des plaies, en 1863. Depuis, d'autres

observateurs l'ont utilisée contre quelques affections de la peau et, nous-mêmes, depuis l'année 1866, l'avons employé à Saint-Christau contre certaines affections de la face, plus tard dans quelques variétés d'ophthalmies chroniques, puis contre la rhinite chronique.

Pour la pulvérisation des liquides on s'est servi d'eaux minérales naturelles ou de solutions officinales; c'est ainsi que les eaux sulfureuses, les eaux chlorurées, bromo-iodurées, comme celle de Nabias, ont été employées de préférence; les solutions de tannin, de chlorate de potasse ont été mises en usage dans les angines; les solutions de bichlorure de mercure utilisées par M. Demarquay dans les affections syphilitiques des yeux, l'eau de goudron par Foucher dans les affections de la prostate et de la vessie.

Dans toutes nos expériences pour la pulvérisation, nous nous sommes servi d'appareils fondés sur le principe du docteur Sales-Girons; ces appareils, comme on sait, ont pour effet de lancer un filet d'eau presque capillaire sur un obstacle. Nous nous servons dans ce but d'une pompe à jet continu pourvue d'un piston à crémaillère, s'engrenant avec une demi-roue dentée placée au bout d'un levier. La pulvérisation proprement dite est obtenue par un tamis métallique sur lequel vient se briser le jet filiforme, et placé à l'extrémité d'un cylindre métallique introduit dans les narines; après divers essais, je suis arrivé à me servir exclusivement d'un ajutage fixé perpendiculairement, au moyen d'une tige, sur un tube de caoutchouc recouvert d'un tissu de fil, et en communication avec la pompe. Cet ajutage est un cylindre creux, en argent doré, de huit centimètres de long et de huit millimètres de large environ. Il est ouvert à une seule de ses extrémités et présente sur une de ses faces, celle qui est tournée en bas, un orifice elliptique situé de manière à être traversé obliquement par le jet filiforme; ce cylindre présente près de cet orifice une tige par laquelle on l'ajuste sur un tube de caoutchouc en communication avec le reste de l'appareil.

Cet ajutage n'est autre chose, d'ailleurs, que le capuchon des pulvérisateurs ordinaires de Mathieu ou de Charrière,

que j'ai allongé de manière à obtenir la pulvérisation dans l'intérieur même du nez ; le jet capillaire que lance l'appareil mis en mouvement vient butter contre une petite calotte de métal contenue dans le cylindre que l'on introduit successivement dans les deux narines. Cet appareil, qui a été exécuté pour moi par M. Aubry, fabricant d'instruments de chirurgie, a sur le tamis métallique dont je me servais autrefois l'avantage de produire une poussière d'une grande ténuité, c'est-à-dire une vraie fumée.

Cette méthode de la pulvérisation me paraît avoir un avantage considérable surtout quand on l'applique aux muqueuses, c'est-à-dire à des surfaces éminemment faites pour l'absorption. Les expériences de Réveil sur l'hydrofère, communiquées à l'Académie de médecine, ont prouvé que l'eau sous forme pulvérisée était absorbée par la peau. On peut donc supposer que l'absorption doit être plus active encore sur une surface très-absorbante, comme la pituitaire, et je crois que plus la substance est réduite en matière tenue, plus il y a de chance pour que l'absorption se produise. Aussi, trouvant que le tamis métallique ne pulvérisait pas suffisamment l'eau et laissait d'ailleurs pénétrer à travers une partie de sa circonférence une portion du jet liquide lancé avec force, ce qui, dans certaines circonstances, pouvait être préjudiciable au malade, j'ai cherché à éviter cet inconvénient à l'aide de l'ajutage cylindrique que j'ai décrit plus haut.

D'un autre côté, avec un liquide aussi stable que l'eau de Saint-Christau, minéralisée principalement par des substances peu altérables, j'avais l'avantage d'une opération qui devait être efficace pendant toute sa durée ; car il n'en est pas ainsi pour d'autres liquides et surtout pour beaucoup d'eaux minérales, telles que les sulfureuses, qui perdent une partie de leur principe minéralisateur sous l'influence de la pulvérisation. Les eaux à température élevée s'altèrent aussi par suite du changement d'état qui se fait pendant cette opération ; toutes ces raisons me paraissent plaider en faveur du procédé et de l'eau que j'ai expérimentée, mais je ne doute pas que la méthode de la pulvérisation appliquée à des eaux minérales fixes, telles que les eaux froides bicarbonatées

ferrugineuses, ou chlorurées, ne donne aussi de très-bons résultats dans la maladie qui nous occupe.

Pour résumer ce que je viens de dire de la cure hydro-minérale de la rhinite chronique, voici en quoi je la fais consister : traitement général reconstituant et antidiathésique ; traitement local qui nettoie et déterge au moyen de la douche, qui modifie et guérit la muqueuse au moyen de la pulvérisation.

J'arrive maintenant au chapitre clinique, c'est-à-dire aux observations sur lesquelles ce travail doit s'étayer ; elles tendent à prouver que l'eau dont j'ai fait usage est un bon médicament, et que les procédés que j'emploie pour l'administrer sont tout à fait rationnels.

Les observations que j'ai pu recueillir sont déjà suffisamment probantes par leur nombre, et j'ai choisi parmi celles où le procédé de la pulvérisation a été employé, car un certain nombre de malades atteints de rhinite chronique se contentent à Saint-Christau du traitement local par les douches et les injections.

Il est donc bien entendu que tous les malades qui figurent ci-dessous ont passé par la pulvérisation ; c'est parmi eux que j'ai recueilli les cas les plus intéressants, et autant que possible j'ai fait figurer les sujets qui sont venus plusieurs années à Saint-Christau, ou dont j'ai pu avoir des nouvelles positives près des médecins qui les avaient envoyés.

Nos observations sont divisées en deux catégories : la première comprend les cas les moins graves, c'est-à-dire sans fétidité ; la seconde, les cas de rhinite chronique avec odeur ou d'ozène proprement dit.

### PREMIÈRE CATÉGORIE.

OBSERVATION I. — *Rhinite chronique. — Blépharite. — Deux saisons : amélioration notable.*

M. X..., de Bordeaux, 39 ans, constitution forte, tempérament lymphatique, embonpoint.

Antécédents de famille : grand-père goutteux ; père mort hydropique.

M. X... est sujet à la migraine, à des douleurs rhumatismales, et à des poussées congestives vers les yeux.

*Début.* — 7 ou 8 ans ; traitements suivis et variés ; liqueur de Fowler, lotions avec le sublimé, injections d'eau de goudron ; depuis longtemps les yeux sont collés le matin.

*État actuel.* — Nez rouge du bout et un peu gonflé à gauche ; en dedans de la narine gauche deux fissures ; en dehors croûte rocheuse, épaisse ; l'affection ne dépasse pas une profondeur de 3 centimètres ; à la face interne de la narine droite rougeur simple ; la conjonctive palpébrale de l'œil droit est injectée, un peu tuméfiée ; la conjonctive oculaire est aussi injectée, sensation de brûlure et gêne dans le nez.

*Traitement.* — Eau sulfureuse du Pêcheur, injections et pulvérisations d'un quart d'heure avec l'eau des Arceaux.

M. X... fit deux saisons à Saint-Christau, et j'ai eu l'occasion de le revoir six mois après la seconde saison ; l'amélioration s'était maintenue, la sensation pénible des narines avait disparu ; le dessous du nez était à peine rouge, la cloison du côté gauche était encore injectée, à droite il y avait de l'injection et une pustule.

Ce monsieur était atteint d'une affection plutôt désagréable que douloureuse ; mais elle durait depuis plusieurs années et lui causait une sensation de gêne et de chaleur assez pénible ; les traitements variés qu'il avait subis d'après les avis de grands médecins de Paris n'avaient produit qu'un peu de soulagement ; ce n'est qu'à Saint-Christau qu'il a trouvé une véritable amélioration, et je suis à peu près certain qu'une troisième saison aurait amené une guérison définitive.

OBSERVATION II. — *Rhinite chronique simple.* — *Amélioration notable.*

M. X... négociant, adressé à Saint-Christau par le docteur Léon Labbé, âgé de 45 ans. Constitution moyenne.

Tempérament lymphatique. Il y a 20 ans, rhumatisme articulaire.

*Début* de la maladie, 4 ans ; jamais d'écoulement nasal, pas d'autre sensation que de la démangeaison.

*État actuel.* — Rougeur et épaississement de la cloison des deux côtés, surtout à gauche, où il existe une pustule ; nulle part d'ulcération ; l'haleine nasale a une odeur assez désagréable, mais non fétide, la muqueuse est violacée, épaissie, arborisations fines ; le nez est un peu rouge au bout.

*Traitement.* — Le traitement dura 27 jours et consista en boisson d'eau des Arceaux, douches pendant dix minutes avec une canule pénétrant dans les narines, et une séance de pulvérisation durant chaque jour vingt minutes.

*Résultat.* — Amélioration notable, la muqueuse a perdu de son épaisseur et de sa rougeur, elle est bien moins violacée, la démangeaison a disparu.

OBSERVATION III. — *Rhinite chronique simple.* — *Eczéma impétigineux.* — *Amélioration notable.*

Mademoiselle D..., 14 ans, constitution moyenne, tempérament lymphatique. Père gros et gras, sujet à la gravelle et à la dyspepsie ; une de ses tantes est atteinte de surdité, une autre de ses tantes a un jeune enfant affecté de gourme et de blépharite persistantes.

*Début.* — L'eczéma impétigineux date de la première enfance, la rhinite chronique de quelques années.

*État actuel.* — Quand la malade vint à Saint-Christau en 1873, elle avait de l'eczéma impétigineux du visage ; mais elle ne parla pas du tout de son coryza ; en 1874, lorsqu'elle revint très-améliorée du visage, elle m'accusa alors un écoulement muqueux très-abondant par le nez, de l'enchifrènement ; le pourtour des narines était rouge, la peau sèche et indurée présentait quelques pustulés ; la muqueuse tuméfiée surtout du côté droit offrait une coloration lilas ; nulle part d'ulcération. — Le visage présentait çà et là de la rougeur, des excoriations et des squames sèches et fines ; sur le front les squames étaient molles, humides, un peu épaissies ; on



retrouvait sur le col et aux plis des bras de la rougeur, des excoriations ; prurit intense surtout la nuit. Blépharite muqueuse à droite. Le traitement consista en boisson sulfureuse (eau de Pêcheur), bains, injections pendant le bain et pulvérisation chaque jour durant un quart d'heure, pour les fosses nasales ; je fus obligé deux ou trois fois de suspendre la pulvérisation à cause de la fréquence de l'épistaxis.

*Résultat.* — Au bout de trois semaines, amélioration notable ; la muqueuse des fosses nasales était bien moins tuméfiée et l'enchifrènement avait tout à fait disparu.

Dans cette observation, les lésions de la peau et des muqueuses (eczéma, blépharite, coryza) me paraissent devoir être placés sous la dépendance de la scrofule. Je n'ai pu, la première année, traiter directement le coryza ; mais il est certain qu'une seule saison a déjà produit une amélioration des plus sensibles.

OBSERVATION IV. — *Rhinite chronique simple. — Traitement par la pulvérisation. — Amélioration notable.*

Madame I. . . , originaire du département des Basses-Pyrénées, 35 ans, constitution médiocre, tempérament lymphatique.

*Début.* — L'affection a débuté à l'âge de 18 ans. Madame I. . . a fait, il y a trois ans, une saison à Salies, où elle a subi la pulvérisation, mais sans succès.

*État actuel.* — Narines très-largement ouvertes, fosses nasales très-amples, pas d'odeur désagréable ; la cloison est rouge et présente à sa partie postérieure de petites exulcérations, quelques pustules sur la muqueuse de la paroi externe ; écoulement catarrhal très-abondant. Le traitement fut très-court. La malade ne séjourna que quinze jours à Saint-Christau.

*Résultat.* — L'amélioration est très-notable. Les pustules ont disparu, la rougeur de la cloison est bien moins marquée, les exulcérations sont en voie de cicatrisation, l'écoulement presque tari.

Dans cette observation les antécédents font tout à fait défaut ; cependant elle est intéressante parce qu'il s'agit là d'une affection fort ancienne (17 ans), caractérisée par un écoulement catarrhal abondant, de la rougeur, et des exulcérations sur les fosses nasales. Je n'ai pas entendu parler de cette personne depuis 1870, mais je suis sûr qu'avec une seconde saison elle se serait entièrement guérie.

Je dois ajouter que cette malade conduisait avec elle sa nièce, qui était atteinte également de rhinite chronique sans ulcération ; mais cette enfant ne fut pas soumise à la pulvérisation.

Parmi les malades de cette première catégorie se trouvent aussi deux personnes dont je me bornerai à dire quelques mots. La première était atteinte d'un polype muqueux ; la pulvérisation a eu pour effet, non pas d'agir sur le polype, mais de diminuer beaucoup l'enclenchement et la sensation de gêne éprouvée par le malade. La seconde personne est un monsieur de Toulouse, porteur, depuis 5 ou 6 ans, d'une tumeur de la cloison du nez. Cette tumeur, située à 0<sup>m</sup>,02 de l'ouverture des narines, était très-dure, grosse comme une aveline, sans changement de couleur de la muqueuse. Sous l'influence de la pulvérisation, la tumeur, dans l'espace de 20 jours, diminuait des trois quarts. Qu'il s'agisse là d'un kyste ou d'une hypertrophie de la cloison, le résultat obtenu n'en est pas moins remarquable. Je n'ai pas eu de nouvelles de ce malade.

## DEUXIÈME CATÉGORIE.

OBSERVATION V. — *Rhinite chronique avec ozène. — Amélioration notable.*

Mademoiselle X..., adressée par le docteur Gaume.

*Antécédents de famille.* — Père sujet depuis longtemps à une éruption de lichen pilaris et à du pityriasis capitis ; rien à noter sur les antécédents de la mère, qui n'existe plus.

Mademoiselle X... est d'une constitution moyenne, d'un tempérament lymphatique, elle est âgée de 14 ans.

*Début.* — 4 ans. Traitements variés, entre autres l'eau d'Enghien.

*État actuel.* — Écoulement mucoso-purulent par les deux narines, épistaxis fréquentes, *odeur de marécage*. Le côté droit, examiné avec le spéculum *nasi*, nous laisse voir de la rougeur et un état pointillé de la cloison, et très-profondément deux exulcérations ; sur le côté gauche une croûte épaisse, très-adhérente ; lorsque cette croûte a été enlevée on aperçoit, tant sur la cloison qu'à la face interne de la narine, de petites pustules acuminées.

*Traitement.* — Eau sulfureuse du Pêcheur, douches nasales à grande eau pendant 5 minutes avec l'eau des Arceaux, pulvérisation d'un quart d'heure tous les jours avec l'eau des Arceaux.

*Résultat.* — Amélioration notable. Examinée au spéculum, la muqueuse est d'un rouge violacé et ne présente plus l'état pointillé, ni de pustules ; l'écoulement nasal n'a pas diminué, mais l'odeur fétide ne se montrait plus que le matin.

J'ai revu l'honorable confrère qui m'avait adressé cette malade à Saint-Christau, et il m'a assuré que l'amélioration avait persisté.

Je ferai remarquer que chez cette jeune personne l'affection était fort ancienne, et que, malgré l'absence d'ulcérations à proprement parler, le nez exhalait une odeur très-désagréable. Il est à regretter qu'elle n'ait pu faire une seconde saison.

OBSERVATION VI. — *Rhinite chronique.* — *Ozène.* — *Amélioration notable.*

Mademoiselle X... (de Paris), 17 ans, constitution médiocre, tempérament lymphatique.

*Antécédents.* — Ni gourme, ni adénite dans l'enfance.

*Début.* — A l'âge de 4 ou 5 ans ; tous les hivers le nez rougit et grossit. Le côté droit n'est affecté que depuis un an. L'affection est caractérisée par un écoulement mucoso-purulent très-abondant, l'apparition fréquente de croûtes et

une certaine fétidité de l'haleine nasale ; jamais d'épistaxis ; l'odeur désagréable du nez n'est pas continue. Plusieurs saisons dans des eaux minérales, notamment à Luchon, ont produit de l'amélioration.

*État actuel.* — Pâleur, peu d'embonpoint ; narines évasées ; l'affection est surtout prononcée du côté gauche et principalement sur la cloison ; rougeur violacée ; la muqueuse est grisâtre, elle paraît comme macérée dans quelques points, un peu mamelonnée dans le fond, croûtes épaisses dans plusieurs endroits, nulle part d'ulcération ; à gauche, dans le fond, une bride muqueuse unit le cornet moyen à la cloison ; congestion du plancher des fosses nasales.

*Traitement.* — Mademoiselle X... resta à Saint-Christau une trentaine de jours, but de l'eau sulfureuse du Pêcheur, se soumit pendant trente jours à la pulvérisation et prit chaque jour des douches nasales pendant son bain, de dix minutes chaque fois.

*Résultat.* — Sous l'influence du traitement thermal, amélioration notable. L'écoulement nasal a beaucoup diminué, la rougeur est bien moins prononcée, l'état mamelonné n'existe plus, l'odeur a disparu. Dans cette observation comme dans toutes celles que je rapporte et qui s'accompagnent d'ozène, il n'y a pas, ou à peine, d'ulcération, et cependant on y retrouve dans toutes les signes classiques de l'ozène, à savoir l'écoulement mucoso-nasal plus ou moins intense et une odeur *sui generis*.

J'ai eu l'occasion, six mois après la saison, de revoir cette jeune malade et j'ai pu m'assurer que l'amélioration avait persisté : il n'y avait plus de fétidité, l'écoulement mucoso-purulent existait à peine, et la muqueuse toujours un peu épaissie n'était plus du tout violacée.

A côté de ces exemples d'amélioration notable, j'aurais voulu citer deux observations de malades adressés à Saint-Christau par mon excellent confrère et ami le docteur Constantin Paul ; ces deux personnes, le père et la fille, étaient affectés l'un et l'autre depuis longtemps d'ozène chronique sans ulcération ; ils firent à Saint-Christau une saison au

mois d'août 1874, et le résultat qu'ils obtinrent l'un et l'autre les avait déterminés à faire en septembre une seconde saison ; mais malheureusement une maladie accidentelle survenue chez le père les empêcha de donner suite à leur projet, et ne m'a pas permis de constater l'efficacité du résultat assez longtemps après la saison pour rapporter ici ces deux observations.

OBSERVATION VII. — *Rhinite chronique. — Ozène traité par la pulvérisation. — Guérison.*

Mademoiselle X..., de Madrid, 17 ans, constitution médiocre, tempérament lymphatique.

*Antécédents de famille.* — Sa mère, qui a épousé son cousin germain, a été atteinte d'ozène dans sa jeunesse et est affectée actuellement de surdité. — Père mort d'un rhumatisme avec complication cérébrale ; un frère de sa mère a une ostéite chronique du tibia. Le frère de mademoiselle X... est également atteint de coryza chronique mais sans odeur. L'affection date de l'enfance. Mademoiselle X... est bien constituée et d'un tempérament lymphatique, sujette à l'épistaxis ; au moment de son arrivée elle présentait de la rougeur des deux narines, croûtes épaisses, rougeur de la cloison et de la paroi externe ; l'air qui s'exhalait des narines avait une odeur de *marécage*, il n'y avait sur la cloison que des exulcérations. La malade accusait de la chaleur dans le nez.

Mademoiselle X... fit à Saint-Christau trois saisons, pendant les années 1870, 1871 et 1872, au bout de la première saison l'amélioration fut considérable et se soutint presque tout l'hiver.

Au bout de la 3<sup>e</sup> saison, les fosses nasales ne présentaient ni rougeur, ni ulcération, l'odeur avait entièrement disparu.

Il est fâcheux que dans cette observation les antécédents personnels n'aient pas été notés, mais il est certain que cette jeune fille est issue d'une famille scrofuleuse, que son oncle a une lésion osseuse de nature scrofuleuse, et quant à

elle, son affection doit être de la même espèce ; il s'agissait là d'une rhinite chronique caractérisée par de la chaleur dans le nez, des épistaxis répétées, de la rougeur de la muqueuse, quelques exulcérations et une odeur fétide ; sous l'influence d'un traitement thermal général (eau sulfureuse en boisson) et local, (eau en injections et en pulvérisation), la maladie a complètement disparu comme lésion et troubles fonctionnels.

OBSERVATION VIII. — *Rhinite chronique.* — *Ozène.*  
— *Pityriasis circonscrit.* — *Guérison.*

Mademoiselle de X..., 20 ans. Constitution moyenne, tempérament lymphatique.

*Antécédents.* — Dans l'enfance, gourme à la région cervicale.

*Début.* — Plusieurs années ; écoulement catarrhal peu intense avec une légère fétidité, la dermatose date de sept mois.

*État actuel.* — Rougeur peu marquée à la face interne de la narine droite qui est humide ; légère rougeur de la peau du menton qui est couverte de squames fines, sèches, grisâtres ; même lésion sur le front.

*Traitement.* — Eau du Pêcheur (sulfureuse). Eau des Arceaux pendant le repas.

Mademoiselle X... prit 27 bains et fit seulement des injections avec l'eau ferro-cuivreuse des Arceaux.

*Résultats.* — Amélioration notable ; l'écoulement catarrhal a diminué, la fétidité de l'haleine nasale est disparue entièrement. J'ai eu l'occasion de revoir cette malade deux ans après ; la mauvaise odeur n'avait pas reparu, ni l'écoulement catarrhal ; bien que cette personne n'ait pas été soumise à la pulvérisation, comme sa lésion de nature herpétique s'accompagnait de fétidité de l'air expiré par le nez, et que j'ai eu l'occasion de la revoir, et par conséquent de m'assurer de la solidité de la guérison, j'ai cru que je pouvais mettre son observation à côté des rhinites chroniques avec ozène, traitées par la pulvérisation ; elle prouve d'ailleurs l'efficacité

de l'eau minérale par elle-même, puisque le traitement général, et des injections seules, ont pu guérir une affection déjà ancienne, et assez sérieuse, chez une jeune fille, à cause de l'odeur désagréable qu'elle donnait à l'haleine nasale.

OBSERVATION IX. — *Rhinite chronique avec ozène.*

— *Guérison.*

Mademoiselle X..., 16 ans, constitution moyenne, tempérament lymphatique.

*Antécédents de famille.* — Mère affectée d'acné rosacea.

*Début.* — Il y a deux ans, à la suite d'une fièvre typhoïde; l'affection est caractérisée par un écoulement très-abondant et une odeur des plus marquées.

*État actuel.* — La muqueuse des deux côtés est rouge, tuméfiée, humide, les narines obstruées par des croûtes; odeur fétide (*de marécage*), de temps à autre épistaxis, souvent rougeur de la peau du nez.

Mademoiselle X... vint trois années de suite à Saint-Christau; pendant l'hiver qui suivit la première saison, le résultat obtenu fut des plus encourageants: à la troisième saison la malade était guérie et ne venait que par reconnaissance; l'écoulement catarrhal, la mauvaise odeur avaient entièrement disparu; il ne restait de l'affection ancienne qu'une tendance du bout du nez à devenir rouge; le spéculum nasi permettait de constater à gauche une légère rougeur de la muqueuse qui était un peu turgescence; à son départ, tous ces phénomènes avaient disparu.

*Traitement.* — Pendant chaque saison thermale, cette jeune personne prit vingt bains, but de l'eau sulfureuse du Pêcheur, fit des injections dans les fosses nasales et subit la pulvérisation. Cette malade, qui m'avait été adressée par un médecin de ses parents, a éprouvé du traitement hydrothermal le résultat le plus satisfaisant, puisque je pouvais la considérer comme guérie lors de son départ; d'ailleurs, j'ai su que la guérison s'était maintenue depuis deux ans, époque à laquelle elle vint pour la dernière fois à Saint-Christau.

J'ai rapproché à dessein ces trois cas de véritable ozène, à cause de leur ressemblance comme symptômes : écoulement catarrhal, fétidité et absence d'ulcération ; enfin, parce que dans les trois cas, j'ai pu m'assurer de la guérison définitive.

On n'a pas tous les ans l'occasion de revoir les mêmes malades dans les établissements thermaux, et comme ils viennent généralement de loin, ce n'est que par hasard ou par les médecins qui les ont adressés qu'on peut avoir des nouvelles d'eux et savoir s'il y a eu récurrence ou guérison. Ce fait explique pourquoi ce mot de *guérison* se rencontre rarement dans les observations sérieuses émanant des cliniques thermales. Il faut ajouter aussi que pour toutes les affections chroniques, qui sont presque toujours l'expression symptomatique d'une diathèse, et la rhinite chronique n'échappe pas à cette loi ; pour les affections chroniques, un traitement pendant une saison thermale est presque toujours insuffisant ; que l'on se rappelle, en effet, que les malades qui sont aux eaux sont toujours pressés d'en finir avec leur traitement, qu'ils vous accordent à grand peine les vingt et un jours de rigueur, sans compter les journées qu'ils consacrent à se promener et à visiter les environs, se figurant qu'en prenant dans la matinée la quantité réglementaire de verres d'eau fixée pour la journée, ils peuvent achever leur cure loin de l'établissement thermal.

Pour terminer, en un mot : aux maladies chroniques il faut des remèdes chroniques, et les établissements d'eaux minérales ne voient s'opérer de vraies cures qu'avec le temps. Les eaux miraculeuses n'existent que dans certains prospectus, et ce qui se met à la quatrième page des journaux n'est pas à l'adresse des médecins.

*Conclusions.* — La rhinite chronique ou coryza simple, ulcéreux ou non ulcéreux, est une affection gênante, incommodée, pénible et dégoûtante ; les modes de traitement ordinaire améliorent l'affection, mais la guérissent rarement ; les substances les plus habituellement employées agissent comme désinfectantes et comme modificatrices. Le procédé de la pulvérisation, combiné avec les douches à grande eau et appliqué à une eau froide, peu minéralisée, mais renfer-



mant des substances astringentes et cicatrisantes, me paraît rationnel et efficace, par la raison qu'il exerce sur la pituitaire une action désinfectante et modificatrice; cette méthode, encore peu employée, a produit sous mes yeux d'heureux résultats qui, bien que peu nombreux encore, m'ont paru dignes d'être soumis à l'appréciation de mes confrères.

---

## DE L'AMYGDALOTOMIE.

Par M. le docteur **de Saint-Germain**.

(Leçon faite à l'hôpital de l'Enfant-Jésus.) (Suite.)

Nous avons dit qu'il y a trois variétés principales d'amygdales :

1° Les amygdales à base d'implantation étroite, simplement hypertrophiées qui peuvent être enlevées facilement au moyen de l'amygdalotome.

2° Les amygdales sessiles, pour l'ablation desquelles l'amygdalotome peut encore être employé; je crois pourtant qu'on les enlèvera plus complètement avec le bistouri.

3° Enfin, les amygdales enchatonnées ou bilobées, pour lesquelles je repousse absolument l'amygdalotome. Celles-ci ne sont justiciables que du bistouri.

Examinons maintenant l'amygdalotomie au point de vue opératoire. Premier conseil : N'enlevez que les amygdales qu'il vous est absolument impossible de conserver, et ordonnez toujours autant que faire se pourra, même dans les cas d'hypertrophie considérable, des gargarismes astringents, des badigeonnages au jus de citron et à la poudre d'alun. Vous y gagnerez de voir assez souvent les amygdales diminuer notablement de volume, et, dans tous les cas, sans exception, ces glandes se durcir, se condenser pour ainsi dire sous l'influence de ce traitement ; de cette façon leur ablation deviendra beaucoup plus facile. N'enlevez jamais d'amygdales enflammées ; c'est dans ce cas surtout que l'hémorrhagie est à craindre, ainsi que la déchirure de la glande ; et soyez surtout très-réservés dans l'application de l'amygda-

lotomie aux sujets de 12 à 16 ans. Il est en effet certain qu'au moment de la puberté les amygdales subissent très-souvent un retrait considérable. En cela, elles suivent la loi relative à un grand nombre d'affections des adolescents, les polypes nasopharyngiens entre autres. M. Gosselin et M. Legouest ont insisté sur ce fait, et ils recommandent de n'employer qu'un traitement palliatif, à moins d'accidents qui nécessitent une intervention immédiate.

Il faut donc faire bénéficier les malades de cette circonstance ; car il ne faut pas oublier que toute opération inutile est une opération dangereuse.

N'enlevez jamais les amygdales comme on le fait souvent à tort sans un examen préalable ; et autant que possible, quand vous serez requis par un médecin pour pratiquer cette opération, demandez à examiner avec soin la gorge dans une première visite. Le malade qui ne craindra pas l'opération immédiate se laissera examiner avec plus de docilité, et vous agirez ensuite avec parfaite connaissance de cause.

Vous avez résolu l'opération ! Comment allez-vous procéder ? Munissez vous toujours d'un ou de deux amygdalotomes, d'un bâton de bois blanc de la grosseur du pouce et de vingt-cinq centimètres de long qui vous servira de bâillon ; de pinces et de bistouris boutonnés. Nous reviendrons tout à l'heure sur le choix de ces divers instruments.

Un aide vous est indispensable ; tâchez même de vous en procurer deux. On a l'habitude de faire croiser au petit malade les bras sur la poitrine, et de les envelopper en les serrant à l'aide d'une serviette dont les deux chefs supérieurs viennent s'attacher derrière le cou et les deux inférieures se rejoignent derrière le dos. Ce mode de déligation est souvent insuffisant, et pour peu que le malade soit vigoureux, il peut encore se livrer à des contorsions fort gênantes. Je préfère de beaucoup, ce qui ne dispense pas de la serviette, commencer par rapprocher les coudes en arrière, et les maintenir dans cette position à l'aide d'un mouchoir ou d'une bande. Vous paralysez ainsi toute résistance de ce côté. Nous arrivons à l'immobilisation des membres inférieurs. La situation classique est la suivante : L'aide

unique de l'opérateur, assis sur une chaise, place l'enfant entre ses cuisses et ramène en les croisant ses jambes autour du petit malade, qui se trouve le plus souvent maintenu immobile à l'aide de ce moyen. En même temps il presse fortement contre sa poitrine la tête de l'opéré en lui appliquant la main gauche sur le front, et de la main droite il tient ferme le bâillon destiné à maintenir les mâchoires écartées. C'est beaucoup de travail pour un aide le plus souvent inexpérimenté, et j'ai vu plusieurs fois, à la suite des efforts du patient et du relâchement des sphincters qui en résultait, le malheureux aide se trouver fort mal de ce rapport immédiat. Je préfère, pour beaucoup de raisons, que l'enfant soit placé directement sur une chaise ou sur un fauteuil. Choisissez un siège massif qui se déplace difficilement et surtout à dossier peu élevé. Vous asseyez le sujet les jambes écartées, et à l'aide d'une bande ou d'un mouchoir, vous fixez les genoux et les pieds en engageant ceux-ci derrière les montants. Votre aide, placé debout derrière la chaise, n'a plus à s'occuper que de la tête et du bâillon. La déligation peut même être poussée beaucoup plus loin dans les cas difficiles, et je me rappelle avoir vu mon maître, Maisonneuve, mener à bien dans son cabinet, avec mon seul concours, une amygdalotomie qui paraissait impraticable. Le sujet à opérer était une vigoureuse jeune fille de 18 ans, qui opposait à toute tentative une résistance invincible. Après plusieurs essais infructueux, Maisonneuve la fit asseoir sur une chaise basse et, permettez-moi l'expression, la ficela littéralement sur ce siège, jambes, bras et tronc. Je me chargeai alors de maintenir la tête, et l'opération se termina très-heureusement.

Voilà donc le malade immobile et l'aide à son poste. Le plus souvent, grâce à l'inconscience de ce qui va lui arriver, l'enfant ouvre la bouche; vous profitez de la circonstance pour engager transversalement entre les grosses molaires du côté opposé à l'amygdale que vous allez attaquer, l'extrémité d'un bâton de bois blanc dont je vous ai donné les dimensions et qui vous servira de bâillon.

Ce moyen, qui m'a été donné par M. Marjolin, est excellent, et je le préfère, à cause de son innocuité, à tous les dilata-

teurs, les bâillons métalliques et autres glossocatoches, qui éraillent la muqueusé buccale, cassent les dents, etc. Le bâillon placé est confié à l'aide, qui doit le maintenir horizontalement. Le chirurgien, sûr de ne pas être mordu, introduit l'index de la main gauche sur la base de la langue et la déprime fortement. Cette manœuvre a pour but de faire saillir l'amygdale et d'élargir le champ dans lequel vont manœuvrer les instruments. Emploie-t-il l'amygdalotome, et je vous conseille toujours dans ce cas l'instrument à une seule main, il le glisse à plat sur son index et le relève lorsqu'il arrive au niveau de l'amygdale, qui vient s'engager d'elle-même dans la lunette. Il appuie alors très-fortement sur elle pour la faire engager davantage, et lorsqu'il en voit un segment notable faire saillie en dedans de l'instrument, il pousse doucement la fourchette. Continuant le mouvement, il force la fourchette à se développer et à augmenter l'engagement de l'amygdale. Ce résultat obtenu, il attire la guillotine et sectionne tout ce qui dépasse la lunette. Il retire alors son instrument comme il l'a introduit, c'est-à-dire horizontalement, et le fait doucement sortir de la bouche. Doit-il s'occuper immédiatement de l'autre amygdale, en tant qu'il soit nécessaire de les enlever toutes les deux ? On considère avec raison la réintroduction de l'instrument comme fort difficile, si difficile même que Guersant avait coutume de procéder par intimidation, en criant à l'enfant qu'il allait étouffer s'il n'ouvrait aussitôt la bouche, et que M. Chassaignac conseille de fixer les deux amygdales avant de les sectionner. Le moyen suivant moi le plus simple est de n'en sectionner qu'une, et de remettre l'ablation de l'autre à huitaine. On évite de cette façon une lutte pénible dans laquelle on a contre soi une hémorrhagie toujours assez abondante pour masquer la seconde amygdale et empêcher de manœuvrer à l'aise, et de plus, il est possible que la disparition des accidents qui ont nécessité l'intervention rende inutile l'ablation de la seconde amygdale. J'ai décrit l'amygdalotomie à l'aide de l'instrument spécial, et je vous conseille de vous en servir dans les cas très-faciles, c'est-à-dire quand vous aurez affaire à des amygdales arrondies, bien

saillantes, non bilobées, non friables, et quand l'isthme du gosier sera assez large pour vous permettre d'installer votre lunette. Dans tous les autres cas, n'hésitez pas à employer la pince et le bistouri. J'ai une certaine expérience de ce procédé, que j'applique volontiers dans toutes les circonstances et dont j'ai toujours eu à me louer, puisque sur plus de deux cents amygdalotomies, je ne compte que deux insuccès, encore peut-on les attribuer au très-jeune âge des enfants et à l'étroitesse extrême de l'isthme du gosier. La différence comme préparatifs est nulle; elle ne commence qu'à partir du moment où le chirurgien vient de placer le doigt sur la base de la langue. Il saisit de la main droite une longue pince, que je vous recommande, et que l'on nomme pince à cadre. Avec cette pince, munie d'une crémaillère, on saisit fortement l'amygdale; et elle a l'immense avantage de ne présenter aucune aspérité, ce qui permet de la promener dans l'arrière-gorge avec une entière sécurité.

La pince à érigne de Robert peut déchirer l'amygdale et s'accrocher aux parties avoisinantes dans les mouvements de déglutition. Un des mors de cette pince est engagé comme une cuiller sous l'amygdale à enlever, l'autre s'applique sur la partie supérieure; on les rapproche alors en exprimant, pour ainsi dire, l'amygdale, et on les fixe à l'aide du cran d'arrêt. L'amygdale ainsi saisie ne peut ni s'échapper ni se déchirer. Il est facile de la porter, par une simple traction, en haut et en dedans, et d'engager sous elle, par un mouvement doux que je comparerais volontiers à un cathétérisme, le bistouri boutonné en forme de faucille recourbée sur le plat. J'ai adopté pour tous les cas cet instrument, dont la forme rappelle exactement la description de celui de Paul d'Egine. Le bistouri en place, le chirurgien sectionne l'amygdale de bas en haut par plusieurs mouvements de scie, qu'il dirige d'autant plus lentement qu'il se rapproche de la partie supérieure de l'amygdale, et par suite du voile du palais, et en suivant comme un conducteur le bord externe de la pince à cadre. Dans le but de ménager absolument le voile du palais, on terminera la section en inclinant le bistouri de façon à lui donner une direction presque paral-

lèle à la surface de la langue. Il est bien entendu que par ce procédé il est nécessaire de se servir, pour l'amygdale gauche, de la main droite pour manier le bistouri, et de la main gauche pour l'amygdale droite. On triomphe aisément de cette petite difficulté, puisque tous mes internes ont opéré facilement ainsi après un ou deux essais. La mise en place de la pince à cadre se fait invariablement à l'aide de la main droite, puisqu'on a la facilité, lorsque l'amygdale est saisie, de changer de main pour opérer la traction suffisante.

Je ne répéterai pas tout ce qui a été dit dans le parallèle plus ou moins équitable établi de tout temps entre l'amygdalotomie à l'aide du bistouri, et l'amygdalotomie avec la guillotine, parallèle que l'on peut résumer ainsi : — Le bistouri est moins douloureux. L'amygdalotome expose moins à blesser les piliers et le voile du palais. — Le bistouri agit plus lentement. — Il est plus facile à manier que l'amygdalotome dans un isthme un peu étroit. — En cas d'enchâtonnement l'opération par l'amygdalotome est impraticable.

Je ne veux relever que la dernière de ces propositions très-contestables. Il est certain que dans tous les cas difficiles où l'amygdalotome ne pourra servir, le bistouri sauvera la situation ; à plus forte raison dans les cas simples. A quoi bon alors un instrument spécial, puisque la pince et le bistouri peuvent servir indistinctement dans tous les cas ? C'est dans cette idée que je me sers exclusivement aujourd'hui de ces deux instruments qui se trouvent partout. On aurait cependant mauvaise grâce à repousser absolument l'amygdalotome, qui a rendu des services, qui a conquis droit de cité et qui, chose importante pour sa vulgarisation, inspire aux praticiens moins de crainte que le bistouri. Nous verrons tout à l'heure jusqu'à quel point cette sécurité n'est pas trompeuse. L'amygdale enlevée, quels sont les soins à donner à l'opéré ? Faites gargariser l'enfant avec du jus de citron ou du vinaigre étendus d'eau et recommandez de ne donner que des aliments peu consistants.

Un mot maintenant des accidents consécutifs. 1° L'hémorrhagie. Sans compter, à cause de son extrême rareté, la blessure de la carotide interne mentionnée par Bêlard, Tenon,

Burns et Barclay, on a vu des cas d'hémorrhagie foudroyante fournie par les vaisseaux propres à l'amygdale, cités par Champion et Thompson. Y avait-il là cette prédisposition propre à certains individus ou les amygdales avaient-elles été sectionnées en pleine période inflammatoire? c'est ce que nous ne saurions dire. Nélaton cite un cas d'hémorrhagie 36 heures après l'opération. A. Bérard, Guersant, Saint-Yves, en ont observé au 2<sup>e</sup> et au 4<sup>e</sup> jour. L'hémorrhagie une fois bien constatée sera combattue à l'aide des gargarismes glacés et acidulés; on pourra employer le collier de glace ou maintenir des morceaux de glace sur place à l'aide d'une pince, comme le recommande Chassaignac. La compression digitale, l'eau de Rabel, le perchlorure, le fer rouge enfin ont aussi donné de bons résultats. Signalons en passant la pince d'Hervez de Chégoin et le compresseur de Hatin, et gardons pour ressource extrême la compression, voire même la ligation de la carotide primitive, si par hasard on avait affaire à une lésion de la carotide interne.

2<sup>e</sup> L'hématémèse. Sept à huit heures après l'opération l'enfant vomit quelquefois du sang, qu'il a avalé pendant l'opération; on peut même observer du mélæna: Rien de particulier à faire.

3<sup>e</sup> La fièvre. Très-rare à l'état de complication sérieuse.

4<sup>e</sup> La blessure des piliers, de la base de la langue, voire même de la lèvre supérieure, sont des accidents qui ne sont pas encore aussi rares qu'on pourrait le penser. Ils ne présentent heureusement que peu de gravité.

5<sup>e</sup> La rupture de l'anneau sécateur, observé deux fois par Chassaignac, une fois par Maisonneuve, pourrait avoir une extrême gravité si le fragment tombait dans le larynx ou dans l'œsophage, c'est encore une raison pour préconiser l'emploi du bistouri.

Quant à la diphthérie, qui peut être consécutive à l'amygdalotomie, c'est une complication qui ne relève pas de l'opération, et il faut se garder de confondre avec des fausses membranes l'état grisâtre de la plaie qu'on observe vers le troisième jour de l'opération.

---

## RHINOSCOPIE,

par M. le docteur **Krishaber.**

(Leçon faite à sa clinique.)

(Suite.)

Czermak, et, depuis lui, bon nombre de praticiens ont employé des miroirs d'inspection à tige très-grosse, celle-ci faisant office de spatule. Nous faisons nous-mêmes usage d'un miroir-spatule qui a son utilité dans les opérations; lorsqu'il s'agit d'inspection, le plus pratique sera cependant toujours de se servir d'une spatule indépendante maniée par l'opérateur ou le malade lui-même. Le contact de deux instruments sollicite, il est vrai, assez souvent la salivation, et il se forme des bulles d'air au niveau du miroir ou dans la cavité pharyngo-nasale elle-même; mais ce sont des inconvénients qui disparaissent peu à peu à mesure que s'acquiert l'habitude du malade. Sans contester l'utilité relative des miroirs spatule, il est préférable de s'en passer, le malade lui-même pouvant être exercé à maintenir sa langue dans la position exigée pour l'examen. Nous y reviendrons dans un instant.

Czermak, et après lui, Wagner et Voltolini, ont essayé de se servir de doubles miroirs pour la rhinoscopie; nous n'essayerons pas de décrire ce procédé d'examen qui n'a fourni que des résultats bien problématiques et dont le moindre inconvénient est de donner des images deux fois renversées, l'un des miroirs se réfléchissant dans l'autre. Il suffira d'avoir mentionné ces tentatives, faites aussi pour inspecter la face laryngée de l'épiglotte, qui, soit dit en passant, peut être très-bien vue sans cette superfétation opératoire. Nous citerons aussi pour mémoire, et à la même occasion, les examens rhinoscopiques de Czermak, qui consistent à éclairer d'une vive lumière, après mise en place du miroir d'inspection, non pas celui-ci même, mais bien la région nasale. C'est l'examen *par transparence*. Il est resté stérile jusqu'à ce jour.



Il faut en général une lumière plus intense pour la rhinoscopie que pour la laryngoscopie ; le larynx est parfaitement visible à une faible lumière, mais il en est tout autrement de la cavité pharyngo-nasale, qui, en raison de son étroitesse, en raison aussi de la petitesse du miroir d'inspection, n'est pas aussi facilement éclairée que le larynx. On se servira donc d'une lampe puissante pour réfléchir la lumière ; mieux vaut munir la lampe de verres condensateurs, ou bien, ce qui est infiniment préférable, employer la lumière de Drummond. Il est inutile de dire qu'aucun moyen d'éclairage artificiel ne peut remplacer l'immense avantage que donne pour l'examen un rayon de soleil qui seul montre les parties sous leur vraie couleur. Nous ne pouvons donc nous associer à l'opinion de Semeleder, qui déconseille de se servir de la lumière solaire parce qu'on ne peut en disposer toujours, ce qui, selon cet auteur, conduirait à des erreurs d'appréciation dans les cas où on est réduit à la lumière artificielle. C'est certainement le contraire qui est exact ; l'observateur appréciera d'autant mieux les images obtenues et distinguera d'autant plus facilement ce qui est normal de ce qui est pathologique, qu'il aura fait plus souvent ses constatations à la lumière du soleil. Il est peu aisé cependant de se servir de ses rayons directs à d'autres moments que lorsque l'astre se trouve sur l'horizon ; à tout autre instant du jour, il faut des réflecteurs ou, ce qui vaut mieux, un heliostat. Ce dernier appareil, malgré l'avantage qu'il présente comme compensateur des déplacements graduels des rayons du soleil, ne se généralisera pas aisément, eu égard à l'embarras de son installation et à son prix élevé. Le miroir concave a un foyer trop chaud ; le plus simple est donc de se servir d'un miroir plan pour réfléchir la lumière.

Divers moyens ont été employés pour fixer le réflecteur. On l'a appliqué à des lunettes (Semeleder) ; à une tige serrée entre les dents (Czermak, premiers essais laryngoscopiques) ; on l'a attaché au siège du malade (Türk, Bruns), au front de l'observateur, soit au moyen de la lunette de Semeleder, soit au moyen d'un bandeau élastique. C'est cette dernière pratique qui est la plus répandue ; elle est de beaucoup la

plus commode lorsqu'on se sert de lumière réfléchie. Nous ne ferons ici la description ni de ces instruments ni des laryngoscopes à lumière directe (Moura, Mandl, Krishaber), connus de tout le monde et que nous avons eu nous-mêmes déjà l'occasion de décrire en détail. (Voy. *Dictionn. encyclop. des sciences méd.* LARYNGOSCOPIE.)

Nous rappellerons seulement que lorsqu'on se sert de lumière réfléchie, le foyer lumineux doit se trouver derrière le malade, et un peu de côté à sa droite, lorsqu'on veut examiner le côté droit de la cavité pharyngo-nasale, et à gauche du malade pour inspecter le côté gauche.

Il est presque inutile de dire que l'on expérimentera dans une chambre obscure, ce qui a plus d'importance pour la rhinoscopie que pour la laryngoscopie.

La situation respective entre l'observateur et le patient sera différente de celle nécessitée par l'examen du larynx. Nous savons que dans ce dernier mode opératoire, le malade est assis sur un siège plus bas que l'opérateur; dans l'examen rhinoscopique c'est l'inverse qui a lieu. Cette circonstance permet de mettre le malade directement en face d'un foyer lumineux placé derrière l'opérateur, ce qui est un avantage incontestable lorsque, par exemple, on peut profiter des rayons du soleil sur l'horizon. L'examen rhinoscopique peut se faire alors debout; il suffit de se placer de façon à ce que les yeux de l'opérateur soient au niveau de la bouche de l'opéré.

Les enfants se tiennent de préférence debout, l'opérateur étant assis devant eux.

Au lieu de tirer la langue hors la bouche comme cela a lieu pour la laryngoscopie, le patient sera invité à la retirer dans le fond en l'applatissant contre le plancher de la bouche. Avec un peu d'exercice les malades y parviennent aisément; le mieux est dans cette circonstance de procéder par voie d'imitation: l'opérateur en faisant le simulacre sur lui-même, montre la position à donner à la langue, ce qui est aussitôt compris et en général facilement imité. Dans les cas où on ne pourrait cependant pas obtenir cet effacement particulier de la langue, à cause de son épaisseur, ou par une

indocilité particulière, on l'aplatira au moyen de la petite spatule dont nous avons déjà parlé et qui sera introduite profondément afin de déprimer la base de la langue qui dans l'espèce est la partie la plus gênante. Il faut chauffer la spatule avant de l'appliquer sur la langue, l'impression du froid produisant facilement des contractions.

En général il est préférable de se servir d'instruments non-métalliques, la cavité buccale se révoltant aisément contre l'attouchement du métal soit en raison de sa trop bonne conductibilité soit simplement à cause de la dureté de son contact.

Voltolini a adopté le procédé de Czermak, d'introduire par le nez une sonde métallique pendant l'examen rhinoscopique; il ne saurait dit-il, assez le recommander, la sonde contribuant d'une part à l'éclairage de la cavité pharyngonasale par son éclat, et servant, d'autre part, de guide pour s'orienter facilement. Il a soin toutefois d'éviter les attouchements du voile du palais. En cela il se trouve en opposition avec Czermak qui introduisait par le nez une sonde de Belloc, dont l'extrémité libre repoussait le voile du palais en avant et en haut afin d'agrandir l'espace situé derrière lui.

La plupart des auteurs recommandent, d'après Czermak, de faire préférer au patient un son nasal pendant l'examen; de préférence, les syllabes prononcées à la française de *an* ou *on*. Nous ne suivons pas, quant à nous, cette indication: il est aisé de se convaincre que le voile du palais s'abaisse très-brusquement pendant l'émission d'un son franchement nasal, et qu'il recouvre alors complètement le miroir d'inspection. D'une autre part, il ne nous semble pas possible d'indiquer une règle unique apte à faciliter l'examen dans tous les cas. Très-souvent la respiration buccale très-profonde, comme si le malade voulait bâiller, produit un abaissement modéré du voile du palais; d'autres fois, pour obtenir le même résultat, nous recommandons au patient de faire une inspiration par le nez comme s'il voulait sentir une odeur, ou ce qui vaut mieux encore, nous l'engageons à porter réellement son nez un mouchoir préalablement humecté de quelques gouttes d'un liquide parfumé. Comme la bouche est grande

ouverte, il n'y a qu'une très-faible colonne d'air qui passe par le nez, l'air pénétrant beaucoup plus aisément par la bouche; mais le voile du palais n'en est pas moins légèrement abaissé, et le champ visuel se trouva agrandi. Dans ce cas c'est pendant l'inspiration nasale, et non pendant l'expiration que l'image est le mieux saisie. Il est presque inutile de dire que l'inspiration buccale ne donnerait pas le même résultat. En effet, il est aisé de constater que, si pendant l'inspiration nasale le voile du palais s'abaisse, l'inspiration buccale, au contraire, nécessite la contraction, et consécutivement le relèvement du voile du palais qui, à ce moment, obture la portion du pharynx située au-dessus de lui. Il faut ordinairement plusieurs tentatives avant qu'on puisse faire respirer par le nez un individu qui a la bouche ouverte.

Parfois, les attouchements du voile du palais produisent sa projection en avant; c'est là une condition très-favorable à l'application du miroir d'inspection, application qui devient toujours d'autant plus facile que le voile du palais est plus éloigné de la partie postérieure du pharynx; mais le contraire arrive également: le contact du voile du palais rejette cet organe, ainsi que la luette, tout à fait en arrière, rétrécissant ainsi le champ d'application du miroir. Dans ce cas il faut se servir d'instruments pour saisir la luette, et ramener en avant le voile du palais.

A cet effet, Czermak avait imaginé l'appareil que nous avons déjà mentionné au début de cette conférence, c'était le miroir muni d'un crochet pouvant être manié d'une seule main. Il se servait aussi d'une tige métallique, terminée par une anse en forme de crochet. Ce second instrument plus pratique que le premier a l'inconvénient cependant de permettre à la luette de glisser, et d'échapper par conséquent. Pour y obvier, Voltolini conseille d'entourer l'anse de fil de chanvre ou de la tapisser avec de l'amadou. Cette petite modification a son utilité en rendant l'anse moins glissante, mais il est nécessaire que — dans un but de propreté facile à comprendre, — l'amidon et le fil soient retirés et changés pour chaque malade, ce que l'on peut faire en les détruisant par la flamme.

On a proposé de tant de côtés des modifications a l'anse de Czermak que nous ne saurions songer à les décrire; ce sont ceux de Türk, Stoerck, Moura, Lõri, Mackenzie, Du-play. Il est utile de dire que lorsqu'on se sert de ceux de ces instruments qui forment pinces, il ne faut saisir que le bout libre de la luette qui est beaucoup plus tolérante au toucher que le reste de son étendue. La légère tuméfaction de la luette qui se produit par l'étranglement dues de ces instruments qui se terminent en pince, est complètement insignifiante.

Nous admettons volontiers que tous ces instruments peuvent avoir leur utilité dans des cas isolés, mais il n'en est pas moins vrai que pour la rhinoscopie ainsi que pour la laryngoscopie, le meilleur moyen pour arriver au but, est d'obtenir la tolérance du patient par l'habitude; de même que le plus court chemin pour acquérir la dextérité nécessaire à l'examen, est de pratiquer l'auto-rhinoscopie.

En supposant le miroir d'inspection posé en place et bien éclairé, l'opérateur prendra pour point de repère le cornet moyen, lorsque le miroir est posé sous la voûte du pilier postérieur, et la cloison des fosses nasales, lorsque le miroir se trouve directement derrière la luette.

Pour se bien représenter les images rhinoscopiques, il faut se figurer devant les yeux la région anatomique telle qu'elle se présenterait à une coupe faite suivant l'axe longitudinale du corps de l'homme, en supposant enlevée toute la paroi postérieure du pharynx depuis la voûte du crâne jusqu'au bord inférieur du larynx. Il est presque inutile de dire qu'il serait impossible de saisir sur le vivant tout l'ensemble des détails. Nous avons mentionné aussi plus haut que, suivant les positions du miroir, les images rhinoscopiques apparaissent plus ou moins en raccourci. Cela a lieu surtout pour les portions supérieures de la cavité pharyngo-nasale.

#### Images rhinoscopiques.

En plaçant le miroir sous la voûte d'un des piliers postérieurs, sa face réfléchissante tournée en avant et légèrement en haut, on aperçoit la face postérieure du voile du palais

et de la lnette ; et lorsque le malade a acquis l'habitude de relâcher le voile du palais, il n'est pas rare de voir son point d'insertion au palais. Au même moment devient visible la cloison des fosses nasales. Cette cloison est le plus souvent légèrement inclinée à gauche ; elle est plus mince dans sa portion inférieure, qui est jaunâtre, que dans sa portion supérieure, qui est d'un rouge foncé. Le méat inférieur n'apparaît plus que sous l'aspect d'une ligne noire horizontale qui n'en indique que l'entrée. Le cornet inférieur est souvent masqué par la voûte du voile du palais ; il est le mieux visible par la position du miroir se rapprochant le plus possible de la verticale ; il faut en outre fixer le miroir sur sa tige presque à angle droit. Les cornets inférieurs restent beaucoup plus éloignés de la ligne médiane, par conséquent de la cloison, que les cornets moyens. Ceux-ci sont les parties de l'image rhinoscopique les plus faciles à explorer. Étant au milieu du champ visuel et s'imposant en quelque sorte à la vue de l'observateur, c'est le cornet moyen qui doit servir de point de repère — nous l'avons déjà dit — pour l'exacte interprétation de ce que l'on voit. Ce cornet a la forme d'une massue irrégulière à grosse extrémité tournée en bas et en dedans ; la muqueuse qui le recouvre, ainsi que du reste les autres cornets, est plus pâle que celle des parties environnantes. Le volume du cornet moyen est sur quelques individus très-saillant ; il peut l'être au point de donner lieu à des interprétations erronées : M. Mackenzie raconte qu'un chirurgien de Londres lui a présenté un malade qu'il venait d'examiner au rhinoscope et sur lequel il se proposait d'enlever deux polypes implantés à l'orifice des arrière-narines, polypes qui n'étaient autres que les deux cornets moyens, particulièrement volumineux. Si ce fait est exceptionnel, il n'est pas rare au contraire que les cornets moyens par leur volume masquent plus ou moins complètement les cornets supérieurs. Qu'on veuille bien réfléchir que l'observateur est placé de champ en face du patient, et qu'il regarde de bas en haut de façon à ce que la saillie formée par le cornet moyen, lorsqu'elle est considérable, cache complètement la vue du cornet supérieur correspondant.

Dans les cas où le cornet supérieur est visible, il apparaît sous forme d'une éminence irrégulièrement triangulaire dont la base est dirigée en haut, en dehors et en avant.

Le méat moyen paraît arrondi vers la paroi extérieure de la fosse nasale, assez spacieuse en ce point, s'effaçant en dedans, et devenant linéaire d'aspect en se rapprochant de la ligne médiane. Le plus large des trois méats, lorsqu'il apparaît dans l'image, est le méat supérieur.

A côté et en dehors du cornet inférieur, dont la muqueuse grisâtre tranche assez vivement sur le rose foncé de la face postérieure du voile du palais, on distingue le bourrelet épais et rouge qui entoure l'orifice interne de la trompe d'Eustache. Cet orifice est tourné en bas et en dehors ; son bord postéro-supérieur paraît taillé en biseau ; son bord inférieur est limité en bas et en dedans par une saillie de la muqueuse, son bord supérieur par une dépression. On constate fréquemment de la mucosité jaunâtre au niveau de l'orifice de la trompe, et lorsque même il n'en existe point, la muqueuse est jaunâtre en ce point à cause de la translucidité du cartilage.

Les rapports du pavillon de la trompe d'Eustache avec les parties qui l'environnent sont loin d'être invariables ; il en est de même de son volume. Le plus souvent son orifice apparaît dans l'image à un niveau plus élevé que le méat inférieur ; mais cependant quelquefois c'est tout à fait le contraire qui a lieu. L'épaisseur du bourrelet varie du simple au triple et peut-être au delà, suivant les individus.

En exagérant un peu la position latérale du miroir, nécessaire pour l'inspection de la trompe d'Eustache, on peut apercevoir parfois, plus en arrière et en haut, les fossettes de Rosenmüller.

Plaçant le miroir de façon à se rapprocher le plus possible de l'horizontale, on parvient quelquefois à distinguer la portion de la base du crâne qui forme la paroi supérieure du pharynx. On n'ignore pas que dans ce point la muqueuse tapisse directement la base du crâne sans couche sous-jacente intermédiaire ; il s'ensuit une espèce d'enfoncement de la surface en forme de sillon, dans lequel séjournent fréquemment des

mucosités qui pourraient facilement être prises pour un produit pathologique. Voltolini, qui a appelé l'attention sur ce point, y a constaté une fois un pli longitudinal de la muqueuse qui parcourait tout le sillon (1).

Nous allons compléter notre description par une mention au sujet de l'examen des narines et des fosses nasales d'avant en arrière.

L'examen des narines qui consiste à déprimer un peu l'extrémité du nez pour élargir les orifices est la plupart du temps incomplet et ne donne qu'une vue très-restreinte ; le spéculum nasi permet de plonger la vue bien plus profondément. Diverses modifications ont été proposées au spéculum classique bivalve, que tout le monde connaît. Markusowky (de Pesth), qui s'est beaucoup occupé de ce sujet, se sert d'un spéculum à valves extrêmement longues, et Wertheim (de Vienne), propose un instrument un peu compliqué auquel il donne le nom de conchoscope. Un simple spéculum en bec de canard nous semble préférable. Après avoir coupé les poils du nez, s'il en existe, ce spéculum est introduit doucement, et ses deux valves sont écartées progressivement. En projetant alors dans les narines un faisceau lumineux provenant d'un réflecteur troué au milieu, on obtient une image très-distincte à l'exception des sinuosités supérieures, qui dans la plupart des cas, restent invisibles. Voltolini, pour inspecter la totalité des cavités, introduit de petits miroirs dans les narines. Nous n'avons pas pu, quand à nous, constater l'utilité des miroirs employés de cette façon, malgré l'essai que nous en ayons fait ; ces miroirs sont trop petits pour donner une lumière suffisante. Par contre, en appliquant le principe de l'endoscope de M. Desormaux on parvient aisément à éclairer les plus grandes portions des narines et des fosses nasales, mais le champ de vision de cet instrument étant fort étroit il faut le déplacer beaucoup pour embrasser une surface quelque peu étendue.

(1) Une figure explicative des images rhinoscopiques sera annexée au prochain numéro,



## ANALYSES.

**La tuberculose de l'oreille interne et moyenne chez le porc.**

Observations sur l'anatomie du temporal de cet animal, par M. SCHUTZ.  
(*Virchow's Archiv*, LXVI, p. 93.)

A la suite de quelques considérations fort intéressantes sur l'anatomie du temporal chez le porc, l'auteur étudie la tuberculose chez cet animal ; il s'attache particulièrement à établir l'étiologie de cette affection et à déterminer son mode de propagation.

Une inflammation catarrhale du pharynx avec tuméfaction et transformation caséuse des glandes lymphatiques voisines serait la cause première du mal. Du pharynx l'inflammation se propage par la trompe jusque dans l'oreille moyenne.

Le processus inflammatoire s'étend à la moelle de la portion tympanique où se produit une prolifération ; c'est dans le tissu enflammé que paraissent les premiers petits noyaux gris de matière tuberculeuse (ostéo-myélite tuberculeuse de la portion tympanique). On voit en même temps se développer de petites granulations miliaires dans la muqueuse rouge et enflammée de la cavité tympanique. Les granulations grises, transparentes, se troublent plus tard et deviennent jaunes ; le tissu cellulaire de nouvelle formation qui les entoure se transforme en un tissu fibreux dense.

Pendant que des tubercules se développent dans la partie médullaire de l'os et dans la muqueuse de la cavité tympanique, il se produit un travail de prolifération dans le périoste, travail inflammatoire dû à l'éruption d'une grande quantité de tubercules miliaires grisâtres. Les tubercules deviennent caséux et le tissu de prolifération qui les sépare se transforme en un tissu fibreux résistant. Le périoste épaissi prend alors l'aspect d'une surface mamelonnée. La matière tuberculeuse finit par remplir toute la cavité tympanique. Les osselets dont la nutrition est entravée se nécrosent. Le tissu de nouvelle formation envahit et détruit complètement le tissu osseux de la portion tympanique. Le processus patho-

logique se propage aux nerfs qui touchent à la cavité tympanique. Les tubercules envahissent le canal de Fallope, le nerf facial, dont les éléments sont disjoints par l'interposition de petites granulations. Finalement l'oreille interne est atteinte à son tour ; les canaux semi-circulaires et le limaçon se remplissent de matière tuberculeuse qui, à travers les aqueducs cochléen et vestibulaire, s'avance jusque dans la cavité crânienne. Le tissu cellulaire qui enveloppe le nerf acoustique n'est pas épargné. Le néoplasme chemine le long de ce nerf dans le conduit auditif interne et arrive dans la cavité crânienne, où il atteint quelquefois la grosseur d'une noix. La dure-mère est poussée vers le cerveau, mais ne renferme elle-même aucune trace de tubercules.

La matière tuberculeuse, après avoir rempli l'oreille moyenne, se propage à la membrane du tympan, qu'elle détruit, et vient faire saillie dans le conduit auditif externe sous forme de tumeur polypeuse plus ou moins bosselée.

On observe rarement des ulcérations dans la néoplasie tuberculeuse. Le plus souvent elle subit une transformation caséeuse ou fibreuse. La matière caséeuse enveloppée de tissu fibreux devient quelquefois calcaire. Après avoir débuté dans l'oreille, la tuberculose peut se généraliser et envahir successivement toutes les parties du corps.

D<sup>r</sup> LÉVI.

---

### Des signes fournis par l'examen fonctionnel de l'oreille,

par le docteur DE CAPDEVILLE.

M. le docteur de Capdeville, secrétaire général de la Société de médecine de Marseille, vient de publier à la librairie Coccoz une étude des signes fournis par l'examen fonctionnel de l'oreille.

L'auteur fait tout d'abord remarquer combien il est difficile de se rendre compte du degré de finesse de l'ouïe, parce que la donnée sur laquelle pourrait reposer l'acuité auditive est encore à trouver. Il examine, au point de vue de la physiologie de l'audition, les conditions du son telles que l'in-

tensité, la hauteur, le timbre. Il recherche les moyens d'exploration de la sensibilité auditive, et après avoir étudié, en particulier à l'aide de la montre, les conditions de l'audition crânienne et de l'audition auriculaire, il termine ce très-intéressant travail par les conclusions et les considérations suivantes :

1° Lorsque l'affection est exclusivement limitée à l'appareil conducteur des sons, la perception crânienne reste constamment supérieure à l'audition par la voie normale.

2° Lorsque l'oreille interne participe à l'affection ou en est le siège exclusif, les deux modes de perception se trouvent simultanément et également atteints.

Appliquant ces deux lois aux résultats fournis par l'examen fonctionnel, il arrive à conclure que :

1° *Toutes les fois que la montre est mieux entendue sur le crâne qu'elle ne l'est à 30 centimètres et à fortiori à une distance plus rapprochée, nous sommes en présence d'une affection des organes conducteurs.*

2° *Toutes les fois que la montre est aussi mal entendue sur le crâne qu'à 30 centimètres, ou qu'elle ne l'est pas en ces deux points, nous sommes en présence d'une affection des parties profondes : oreille interne, nerf auditif ou centres nerveux.*

La localisation du siège de la dysécécie n'offre pas un simple intérêt de curiosité ; elle est surtout importante au point de vue du *pronostic* et du *traitement* ; aussi ne devra-t-on pas négliger les données qui peuvent nous être fournies par l'examen fonctionnel. Dans les cas où il existe des lésions appréciables à l'examen objectif, ces données n'offrent peut-être pas autant d'intérêt, puisqu'il est possible de constater *de visu* les altérations qui compromettent l'ouïe ; néanmoins, comme il existe des cas assez nombreux où, à ces altérations des parties périphériques, se joignent des lésions plus profondes, inabordables à nos moyens d'investigation, elles pourront ici nous prémunir contre un diagnostic incomplet et surtout contre un pronostic trop favorable. Mais c'est pour les cas où l'examen anatomique reste tout à fait négatif que les résultats de l'examen fonctionnel acquiè-

rent toute leur valeur. Si, comme nous l'avons établi, la persistance d'une audition crânienne normale ou relativement bonne, à côté d'une audition auriculaire très-altérée, indique l'existence de lésions portant principalement sur les organes conducteurs, le pronostic et le traitement devront être tout autres que ceux des cas où on est autorisé à admettre un état morbide du système nerveux périphérique ou central. Dans ces dernières circonstances, sauf quelques cas exceptionnels, le pronostic est tout à fait grave et le traitement demeure le plus souvent impuissant ; lorsque au contraire nous pouvons avoir la conviction que l'oreille interne et les centres nerveux jouissent de toute leur intégrité, nous sommes autorisés à conserver plus d'espérance et à insister davantage sur les moyens thérapeutiques.

---

#### **Du rôle que jouent les canaux semi-circulaires du labyrinthe dans le maintien de l'équilibre du corps.**

par le docteur KURSCHMANN. (*Deutsche Klinik*, n° 3, 1874.)

Les expériences entreprises par l'auteur pour déterminer ce point important de physiologie l'ont conduit à formuler les propositions suivantes :

- 1° Des lésions des canaux demi-circulaires produisent, à n'en pas douter, des troubles dans l'équilibre du corps.
- 2° Les phénomènes consécutifs à la lésion sont, en général, proportionnels à son étendue.
- 3° Chez tous les pigeons qui ont servi à des expériences, il y a eu des troubles de l'accommodation des mouvements musculaires.
- 4° La destruction des canaux isolés donne lieu à des symptômes différents et caractéristiques, suivant que la lésion existe d'un seul côté ou des deux côtés à la fois.
- 5° Tous les phénomènes deviennent d'autant plus intenses et plus manifestes que l'animal se meut plus énergiquement.
- 6° Les troubles de la coordination des mouvements musculaires se manifestent au tronc, à la tête et aux deux extrémités.

7° Lorsqu'il y a lésion d'un canal d'un seul côté, on ne remarque aucun phénomène particulier du côté de la tête, qu'elle soit immobile ou en mouvement, que l'animal marche ou soit au repos.

Lorsque la lésion est bilatérale, on observe des mouvements de rotation très-manifestes de la tête, du côté des jambes; les phénomènes qui s'observent sont les mêmes pour les trois canaux (fausse extension, hésitation dans la marche, flexion des pieds).

Lorsque la lésion est considérable, le vol devient impossible, les pigeons chez lesquels la lésion est moindre voltigent encore un peu, mais difficilement. Lorsqu'on détruit de chaque côté le canal horizontal, on remarque, par suite d'un trouble partiel dans l'accommodation des mouvements musculaires, un manque d'équilibre autour de l'axe vertical. La lésion des deux canaux verticaux donne des résultats analogues, mais le manque d'équilibre se produit autour de l'axe horizontal. Une lésion unilatérale des canaux demi-circulaires provoque constamment des troubles du côté lésé.

La lésion simultanée du canal horizontal et du vertical donne lieu à des phénomènes mixtes; ce qui s'observe également lorsque les lésions secondaires se propagent d'un canal primitivement atteint à un canal *intact*.

8° Il n'est pas démontré que les troubles dans les mouvements du tronc dépendent du manque d'équilibre de la tête.

9° L'éloignement des trois canaux membraneux des deux côtés n'empêche pas absolument les pigeons de se diriger. Les plus forts conservent leur équilibre au repos et dans les mouvements lents.

10° Quatre ou cinq jours après la simple section d'un seul canal, les phénomènes diminuent peu à peu et finissent par disparaître complètement, s'il ne survient pas d'accidents consécutifs. Néanmoins, à l'autopsie, la régénération n'est pas toujours complète.

11° L'augmentation et la modification des symptômes à la suite de lésions importantes des canaux doivent être attribuées à des maladies consécutives.

12° On ne saurait admettre que les canaux forment un organe spécialement préposé à l'équilibre.

13° Tout ce que l'on peut affirmer, c'est que les symptômes sont le résultat de la diminution d'une fonction et non d'une irritation, notamment du nerf acoustique. De ce que l'ouïe ne paraît pas très-notablement altérée par l'éloignement des canaux, on ne peut pas conclure qu'ils n'ont pas d'influence sur cette fonction. — Cette conclusion serait en contradiction avec ce que nous apprend l'anatomie et la physiologie de l'organe auditif!

D<sup>r</sup> LÉVY.

### **Altérations secondaires de l'oreille moyenne, principalement de la muqueuse.**

par WENDT (*Archiv f. Helkunde*, t. XIV).

L'auteur en examinant les oreilles d'un tuberculeux qui avait été sourd, a observé que l'inflammation qui siégeait depuis assez longtemps sur toutes les parties constituant de l'oreille moyenne avait produit une destruction d'une partie de la membrane du tympan et un épaissement de ce qui restait ; la muqueuse de la caisse était épaissie et rigide dans presque toute son étendue et spécialement dans les niches et sur la fenêtré ronde, des fausses membranes re liaient entre elles les parois de la caisse et la membrane du tympan, ces dernières avec les osselets, et les osselets entre eux. La muqueuse qui enveloppait les osselets était notablement épaissie. L'examen microscopique fournit les résultats suivants :

1° Membrane du tympan : dépôts calcaires et osseux dans les lames moyenne et externe , cicatrices étendues à la face externe de cette dernière ; infiltration de cellules (arrondies) dans la lame muqueuse ; infiltration séreuse ; kystes ; développement vasculaire très - considérable et dépôt cellulaire autour de la perforation ;

2° Dans la muqueuse de la caisse et les replis qui en partent : a) dans la couche sous-épithéliale : dépôt de cellules arrondies alternant par places avec une infiltration séreuse

dans les deux tiers inférieurs ; hypertrophie simple du tissu cellulaire dans le tiers supérieur de la cavité ; nombreuses cavités kystiques ; b) dans la couche périostique : dépôts calcaires jusque sur les osselets et la membrane de la fenêtre ovale : ossification en plusieurs points ; dans les membranes de nouvelle formation et dans les cellules de la caisse et de l'apophyse mastoïde, dépôts graisseux, matière cartilagineuse sur l'étrier de la fenêtre ovale.

L'auteur pense que les dépôts calcaires dans la couche périostique sont une des causes les plus fréquentes de la surdité, et que ce dépôt n'est pas spécial à ce qu'on appelle catarrhe sec ; mais se produit probablement dans toutes les affections chroniques (troubles de nutrition) de l'oreille moyenne.

D<sup>r</sup> LÉVY.

---

**Note sur l'emphysème que provoquent quelquefois les insufflations d'air dans l'oreille moyenne.**

par VOLTOLINI. (*M. F. O.*, 1873, 1 et 10.)

L'auteur n'a jamais observé d'emphysèmes du cou à la suite d'une insufflation à travers le cathéter, soit par la bouche, soit au moyen d'une poire en caoutchouc. Mais cet accident lui est arrivé plusieurs fois lorsque l'insufflation était faite à la suite de l'introduction d'une bougie dans la trompe d'Eustache. Les cas de mort observés par Turnbull pourraient être attribués, d'après Voltolini, à un emphysème de la glotte ou à un emphysème périlaryngé.

Un emphysème artificiel produit dans le pharynx d'un lapin provoqua en une minute la mort de l'animal. L'emphysème avait gagné le cœur et la poitrine. L'autopsie ne révéla pas d'emphysème des cordes vocales ; la mort paraissait avoir été occasionnée par un pneumothorax et la compression extérieure du larynx par l'emphysème du cou.

A ce propos, V... s'élève avec raison contre l'abus de la pompe à compression en otologie. Cet instrument est inutile et peut devenir dangereux ; il ne saurait détruire des adhérences solides ; lorsque des bribes sont faciles à déchirer,

on peut arriver au même résultat avec le spéculum de Siégle.

Les obstructions de la trompe se guérissent mieux et bien plus vite par l'introduction de bougies en corde à boyau.

La pompe à compression est tout à fait inutile dans les cas où l'on veut pratiquer l'auscultation; l'insufflation par la bouche est suffisante.

Dans une communication ultérieure, V... fait connaître le résultat de l'examen pharyngoscopique dans un cas d'emphysème du cou à la suite du cathétérisme.

Le voile du palais était très-tuméfié, surtout à sa paroi postérieure; l'orifice pharyngé de la trompe du côté opéré complètement caché par la muqueuse tuméfiée, le sinus pyriforme du même côté à peine visible, le ligament glosso-épiglottique latéral très-volumineux. Au bout de quelques jours, le voile du palais avait pris son aspect normal.

L'orifice tubaire était devenu visible, mais autour du larynx et à l'épiglotte le gonflement persistait.

D<sup>r</sup> LÉVI.

---

### Recherches sur la fréquence des fistules à l'anüs; otites et panaris chez les tuberculeux. — Thèse.

Par M. POURIEUX.

M. Pourieux a intitulé la thèse inaugurale qu'il vient de soutenir, le 23 décembre 1874 : *Recherches sur la fréquence des fistules à l'anüs; otites et panaris chez les tuberculeux.*

Cette thèse, faite surtout au point de vue de la statistique, renferme des renseignements utiles.

Après avoir indiqué les auteurs qui ont cru à la tuberculisation de l'oreille, et ceux qui ont mis en doute la nature tuberculeuse des écoulements qui se manifestent chez les phthisiques, M. Pourieux en conclut que la fréquence de l'otite chez les phthisiques est admise par tous les auteurs, et qu'elle survient le plus souvent à une époque avancée de la maladie générale.



Sur 400 phthisiques, il a constaté vingt-trois fois des otites, ce qui fait environ six fois sur 100. Elles étaient presque toutes au moins à la deuxième période, dont le début est marqué par la perforation du tympan et dont l'otorrhée constitue le symptôme prédominant.

---

**De l'adénopathie trachéo-bronchique en général, et en particulier dans la scrofule et la phthisie pulmonaire.**

par M. le docteur A. BARÉTY, ancien interne des hôpitaux.

Sous ce titre, M. Baréty a présenté, en août 1874, une thèse très-intéressante dont nous devons donner un compte rendu sommaire dans cette revue, à cause des manifestations laryngées qu'on observe dans cette affection, qui n'est point suffisamment décrite dans nos livres classiques de pathologie interne. Grisolles seul a traité une partie de la question en consacrant trois pages du tome II de son ouvrage à l'étude de la phthisie bronchique. Il existe cependant un grand nombre de travaux épars sur cette question, dont les plus connus sont ceux de Baréty et Rittiol, Becquerel, Leroy de Méricourt, Fonsagrives, Guéneau de Mussy, Lereboullet, etc.

L'adénopathie trachéo-bronchique, dans son sens le plus général, consiste dans une modification pathologique des ganglions des bronches et de la partie inférieure ou intrathoracique de la trachée. Le mot d'adénopathie, adopté par M. Guéneau de Mussy, en 1863, convient mieux que celui de phthisie bronchique, dès qu'on ne se borne pas à étudier les altérations tuberculeuses ou strumeuses (MM. Liouville, Brouardel, Lereboullet, etc.).

Après un historique de la question, très-bien fait mais que nous n'analyserons pas, M. Baréty aborde par des études personnelles l'anatomie descriptive et topographique, et cherche des notions précises et complètes sur la distri-

bution générale, et surtout sur les rapports qu'affectent les ganglions médiastinaux, et en particulier ceux qui entourent la trachée et les bronches. Au lieu de recourir aux injections, l'auteur se rappelant la méthode Wellérienne, qui consiste à produire la dégénérescence des filets nerveux dont on veut connaître le trajet, se dit que le meilleur moyen d'étudier les ganglions en question était de les examiner à l'état pathologique, alors que leur engorgement équivalait à une sorte d'*injection naturelle* qui met leurs rapports en évidence. Dans ce but, il disséqua attentivement la région médiastine chez un grand nombre de sujets de tous les âges, morts, pour la plupart, d'affections des poumons, avec retentissement sur les ganglions qui en dépendent.

« Les ganglions des parties latérales du cou sont les uns superficiels, les autres profonds. Ces derniers se groupent autour du paquet vasculo-nerveux constitué par la veine jugulaire interne, le pneumo-gastrique et la carotide. Ils forment le long de ces conduits une chaîne que l'on pourrait considérer comme formée elle-même de deux chaînes, l'une prévasculaire, l'autre rétrovasculaire. « Chacune des deux chaînes latérales va constituer dans le thorax deux anses principales. L'anse de droite contourne l'artère sous-clavière, celle de gauche, la crosse aortique. Elles suivent, en quelque sorte l'anse que forment ensemble les pneumo-gastriques et les récurrents de chaque côté. « Chacune de ces anses reçoit en avant et en bas la chaîne ganglionnaire qui accompagne les vaisseaux mammaires internes et les vaisseaux sous-clavières, et en arrière et en bas de la chaîne, des ganglions qui accompagnent les bronches ; et enfin, plus en arrière, ceux qui accompagnent l'aorte et l'œsophage. « Il existerait donc, ajoute M. Baréty : 1° une chaîne de ganglions cervico-thoracique récurrente ; 2° une chaîne sous-clavière ; 3° une mammaire interne ; 4° une autre bronchique (celle-ci double, sus et sous-bronchique ; 5° une dernière enfin, œsophago-aortique. Cette division n'implique aucune indépendance marquée entre chacune des chaînes ganglionnaires, et nous ne l'avons admise que pour les besoins de la description et la facilité des recherches nécroscopiques. »

Les groupes de ganglions, qu'il importe surtout d'étudier, sont les suivants : 1° groupes prétrachéo-bronchiques, droit et gauche ; 2° groupe intertrachéo-bronchique ou sous-bronchiques, droit et gauche ; 3° ganglions interbronchiques.

Après avoir décrit en détail ces divers groupes ganglionnaires et insisté sur les rapports importants qu'ils présentent avec les deux parties de l'arbre aérien, les poumons, les gros vaisseaux, les nerfs pneumo-gastriques et récurrents, etc., l'auteur aborde l'anatomie pathologique, et sous le titre modeste de *Principales notions d'anatomie pathologique* il a écrit un chapitre de 89 pages, qu'on lira avec le plus grand intérêt, mais qui se prête peu à l'analyse. Je me contenterai donc d'en indiquer les divisions : altérations des ganglions trachéo-bronchiques produites par les processus morbides suivants : congestion, inflammation, dégénérescence scrofuleuse, tuberculeuse, mélanique, cancéreuse, adénie, gangrène, syphilis.

*Complications dues à l'altération des ganglions trachéo-bronchiques.* — M. Baréty les divise en complications directes ou lésions des organes immédiatement en rapport avec les organes altérés, et en complications indirectes ou lésions des organes thoraciques ou autres dépendant des précédentes. Un tableau synoptique permet au lecteur d'en saisir l'ensemble ; signalons brièvement ces complications.

A) *Directes.* — Déformation de la cage thoracique, déformation et ulcération de la trachée, des bronches et des poumons, perforation des plèvres.

Adhérence du péricarde aux ganglions, compression ou perforation de l'aorte, des artères pulmonaires, des artères bronchiques, des veines caves, des veines pulmonaires.

Compression, adhérence, ulcération et perforation de l'œsophage. Compression, inflammation, atrophie des nerfs sympathiques, des diaphragmatiques, des pneumogastriques, des récurrents.

Parmi les complications indirectes, je vois figurer l'atrophie, l'emphysème, l'œdème, la gangrène, la tuberculisation pulmonaire. Les épanchements séreux ou purulents de la

plèvre, la péricardite avec ou sans épanchement, la médiastinite, l'emphysème du thorax et du cou, etc, etc.

L'on peut juger par ce simple extrait, du soin avec lequel M. Baréty a traité cette partie de son sujet, et d'ailleurs il a eu soin de fournir à l'appui de sa description un résumé anatomo-pathologique de *cent deux* observations publiées par les auteurs ou inédites.

Nous arrivons maintenant à la seconde partie, consacrée à l'Étiologie; mais nous ne pouvons pas suivre l'auteur dans toutes les considérations d'âge, de sexe, de tempérament, des maladies antérieures d'hérédité, etc., dont il discute l'influence; disons seulement avec lui « que toutes les affections pulmonaires inflammatoires peuvent, à *tous les âges*, amener l'engorgement des ganglions trachéo-bronchiques, et une dégénérescence dont la nature est en rapport avec celle des poumons eux-mêmes; mais tandis que chez l'adulte et le vieillard cet engorgement sera en quelque sorte minime, il pourra chez l'enfant, l'adolescent, et quelquefois chez l'adulte, prendre des proportions énormes. »

La troisième partie est consacrée à la *Symptomatologie*. Nous allons la résumer le plus complètement possible.

A) *Symptômes dépendant de la seule présence de ganglions hypertrophiés dans le médiastin.*—1° Sensation plus ou moins douloureuse, ou de simple pesanteur au niveau du sternum, le plus souvent à sa partie supérieure.—2° Symptômes fournis par la palpation, la percussion, l'auscultation de la poitrine. On peut dans certains cas sentir les ganglions rétro-sternaux et trachéaux-latéro-supérieurs en portant le doigt dans le creux sus-sternal. Augmentation des vibrations thoraciques perçue par la palpation des régions sternale supérieure et inter-scapulaire. Matité ou submatité des régions sternale supérieure et interscapulaire. L'auscultation de ces mêmes régions fait percevoir le *retentissement de la voix et de la toux* à différents degrés, et un *souffle expiratoire* le plus souvent tubaire, quelquefois caverneux et même amphorique.

B) *Symptômes qui dépendent de l'action que les ganglions trachéo-bronchiques exercent sur les organes voisins.*—Ré-

tractation permanente ou voussure des parois thoraciques. — Sensation de striction au cou ou au thorax, gêne de la respiration, râles, retrait inspiratoire des creux sus-sternal, sus-claviculaire et épigastrique, diminution de l'expansion du thorax, emphysème, perforation des bronches. — Pleurésie, pneumo-thorax. — Emphysème sous-cutané du thorax et du cou, dysphagie œsophagienne, hypertrophie du cœur, œdème de la face, des poumons, épistaxis et hémoptysie, hémorrhagie, méningée, etc.

La compression des *nerfs pneumo-gastriques* et *récurrents* s'annonce par les symptômes suivants : toux coqueluchoïde (Guéneau de Mussy), raucité de la toux, expectoration abondante quelquefois, râles humides, trachéo-bronchiques, offrant une certaine mobilité, vomissements, dyspnée, accès d'asthme, angine de poitrine (Baréty), altération de la voix, raucité ou aphonie ; dans le cas où le malade a été examiné au laryngoscope on a constaté la paralysie de l'une des cordes vocales. Symptômes de spasmes ou d'œdème de la glotte, inspiration rauque, bruit de frôlement laryngé (Legroux, 1849), lenteur du pouls, palpitations.

La compression des *nerfs diaphragmatiques* par des névralgies diaphragmatiques, de la dyspnée, celle du *sympathique*. Dilatation de la pupille du côté où l'engorgement prédomine.

Nous passons les articles marche, durée, terminaison, car nous avons hâte d'arriver à la quatrième partie, au diagnostic.

Le *diagnostic de l'adénopathie en elle-même* repose :  
1° Sur la localisation des symptômes propres à la maladie dans des régions qui correspondent au siège normal des ganglions trachéo-bronchiques. On ne prendra pas pour un bruit de souffle pathologique le bruit de souffle trachéo-bronchique qui, chez quelques personnes, les vieillards surtout, s'entend au niveau de la première pièce du sternum. En auscultant la région interscapulaire, on se rappellera qu'à l'état normal, le murmure respiratoire est un peu plus prononcé à droite qu'à gauche. Si le souffle expiratoire est perçu avec son maximum d'intensité à gauche, on en tiendra

grand compte. 2° Sur la coexistence de ganglions tuméfiés dans des régions accessibles à la vue et au palper, autre que la région trachéo-bronchique. « Toutes les fois, dit M. Baréty, qu'il existe des ganglions engorgés au cou, dans le ventre, aux aines et aux aisselles, il en existe dans le médiastin..... les engorgements ganglionnaires scrofuleux du cou, quelque étendus et prononcés qu'ils soient, paraissent ne pas comporter l'engorgement ou un engorgement notable des ganglions trachéo-bronchiques lorsqu'ils suppurent. » 3° Sur l'examen de la constitution et des affections concomitantes susceptible de retentir sur les ganglions ; tuberculeuse, scrofule, coqueluche, etc.

L'adénopathie une fois reconnue il s'agit d'en déterminer la nature.

La symptomatologie de l'adénopathie trachéo-bronchique est quelquefois difficile à dégager de celle qui appartient aux affections pulmonaires qui en sont la cause ou la conséquence. Il est fréquent de méconnaître l'adénopathie au début ou dans le cours d'une phthisie pulmonaire.

M. Guéneau de Mussy d'abord, puis M. Lereboullet, sont les auteurs qui ont le plus contribué à établir le diagnostic de l'adénopathie compliquant la phthisie pulmonaire. — Au début de la phthisie il est en général assez facile de reconnaître l'engorgement ganglionnaire trachéo-bronchique, quand il existe à un certain degré. A une période plus avancée c'est plus difficile ; les signes de l'induration pulmonaire peuvent être confondus avec ceux auxquels donne lieu l'interposition de ganglions tuméfiés entre l'oreille et l'arbre aérien. A une période dit-il ailleurs, le diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique, ne peut être fondé, le plus souvent, que sur certains signes de complications tels que l'aphonie, par exemple, alors que le laryngoscope ne dévoile aucune lésion dans le larynx ; la toux coqueluchoïde, des vomissements opiniâtres que la toux ou l'état des voies digestives ne peut expliquer, etc. »

L'auteur nous montre ensuite comment on évitera de prendre l'adénopathie pour une affection cardiaque, une maladie de Bright, ou une simple bronchite chronique avec

emphysème ; la coqueluche ; l'œdème de la glotte, la laryngite striduleuse, le goître, l'anévrysme de la crosse de l'aorte et du tronc artériel brachéo-céphalique ; la dégénérescence cancéreuse de l'œsophage, l'hypertrophie du thymus, l'oblitération de la veine-cave supérieure.

Dans tous les cas il faudra toujours compléter les signes observés par l'examen laryngoscopique et une exploration attentive de la poitrine au point de vue de l'existence possible d'une adénopathie trachéo-bronchique.

La cinquième et la sixième partie de l'ouvrage traitent du pronostic et du traitement. L'auteur ne pouvait, dans ces deux chapitres, entrer dans plus de développements que n'en comporte ce sujet ; mais là encore nous trouvons une remarque qui a son importance ; c'est que chez les enfants et en général chez les personnes scrofuleuses ou lymphatiques les inflammations pulmonaires de toute nature, ne sauraient être trop énergiquement combattues ; la convalescence de la rougeole et de la coqueluche, doit être attentivement surveillée, si l'on veut conjurer le développement de l'adénopathie trachéo-bronchique. Contre cette affection, M. Baréty préconise les préparations iodées et surtout la teinture d'iode fraîchement préparée non acide. L'ouvrage se termine par 19 observations et 6 planches dessinées par l'auteur.

Tel est ce remarquable travail, sur lequel nous avons cru devoir attirer l'attention des praticiens car ce sujet de pathologie qui n'avait pas encore été exposé d'une manière aussi complète, bien qu'il présente encore des désirata que M. Baréty et d'autres, nous l'espérons du moins, essayeront de combler.

D<sup>r</sup> DEEL.

---

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

---

De l'otite catarrhale chronique, de son diagnostic et de son traitement, par M. le D<sup>r</sup> PHILIPPEAUX (de Lyon). *Lyon médical*, 11 avril 1875.

Un nouveau procédé pour extraire les liquides morbides de l'oreille moyenne, par Jos. GRUBER, de Vienne. (*Monatschr. f. Ohrenheilk.*, 1874, p. 12.)

L'oreille et l'épidémie catarrhale actuelle, otite suppurée dans la pneumonie des enfants; délire ab aure læsâ, par GELLÉ. (*Tribune médicale*, 7 mars.)

Sur l'extraction des corps étrangers du conduit auditif, et sur la toux due à l'irritation de ce conduit, par John CLELAND. (*The Lancet*, 5 décembre 1874.)

Rupture du tympan par suite d'un coup de vague, rupture du tympan par suite d'une explosion, par PFLUGER. (*Monatschr. f. Ohrenheilk.*, 1874, p. 179.)

Des signes fournis par l'examen fonctionnel de l'oreille, par le Dr de CAPDEVILLE, secrétaire de la société de médecine de Marseille, in-8°, 1875, à la librairie Coccoz.

Contribution à l'histologie du labyrinthe membraneux, par C. UTZ. (*Monatschr. f. Ohrenheilk*, 1875, n° 1.)

Extirpation d'un polype du larynx chez une petite fille de huit ans, par BUROW fils. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1875, p. 802.)

Cancer primitif du larynx, trachéotomie, par E. J. COOKE. (*The Lancet*, septembre 1874.)

Ressort de montre logé dans le larynx pendant quatre ans, par le Dr LEFFERT. (*Medical. Record.*, 1874.)

Contribution à la physiologie de la voix humaine, par KILIAN, de Strasbourg. (*Plüger's Arch.*, IX, p. 244.)



